TRAVAIL DU SERVICE DE M. LE Dr LUCIEN JACQUET

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

N° 367

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Henri BULLIARD**

Médaille de bronze de l'Assistance Publique
Préparateur d'Histologie à la Faculté de Médecine
Né à Vesoul, le 21 septembre 1885

ESSAI DOCTRINAL ET PRATIQUE

SUR

LA DÉPILATION

Président : M. PRENANT, *professeur.*

PARIS
A. MALOINE, EDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A M. LE Dr DOILLON

Médecin en chef de l'Hôpital de Vesoul

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

M. le Professeur PRENANT

Professeur à la Faculté de Médecine

M. le Dr JACQUET

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE NANCY

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. WALTHER, RÉNON, TERRIEN,
DOLÉRIS, LE NOIR

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MM. RETTERER, BRANCA, MULON

ESSAI DOCTRINAL ET PRATIQUE

SUR

LA DÉPILATION

INTRODUCTION

J'ai entrepris, sur les conseils du Dr Jacquet, l'étude d'un grand phénomène biologique : la dépilation. Pendant deux années j'ai soumis un grand nombre de malades à l'observation quotidienne minutieuse, sans nulle préoccupation théorique. Ayant accumulé ainsi les constatations objectives, je me suis efforcé de les comprendre, de les interpréter, de les relier entre elles : bref, j'ai tenté une théorie de la dépilation tirée de mes observations cliniques et de quelques recherches connexes de laboratoire et, comme on le verra, j'ai adopté celle de M. L. Jacquet, parce qu'elle m'a paru la plus compréhensive et la mieux adaptée aux faits.

J'exposerai successivement l'historique, puis l'étude clinique, symptomatologique et thérapeutique, et, enfin, l'interprétation théorique de la dépilation, telle qu'elle découle de l'observation attentive des faits. Je termine-

rai par quelques recherches histologiques sur le remplacement du poil et de la plume.

Les résultats thérapeutiques que j'apporte dans une question considérée comme décevante causeront peut-être quelque étonnement chez certains esprits sceptiques, admettant comme une vérité préétablie qu'il n'y a rien à faire dans le traitement des dépilations diffuses et de la calvitie, et que tout dans cette question n'est qu'empirisme et charlatanisme. Ils causeront aussi quelque déception chez les esprits crédules, attendant toujours un produit merveilleux, souverain contre la dépilation, que je n'ai pas cherché, car je n'y crois guère, et qu'en tout cas je regrette de ne pouvoir apporter.

J'adresse mes plus sincères remerciements à M. le professeur Prenant, qui a bien voulu m'accueillir dans son laboratoire et me confier depuis quatre ans la direction d'une de ses salles de travaux pratiques.

C'est dans le service du Dr Jacquet et avec ses conseils que j'ai poursuivi ce travail; je lui en manifeste ma plus vive reconnaissance. Dans son enseignement et dans sa pratique, ce maître apporte un souci constant à l'observation scrupuleuse des faits et s'attache soigneusement à séparer les théories des constatations objectives. C'est ainsi qu'à son exemple, j'ai procédé dans cette thèse dont M. le professeur Prenant m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence.

Je remercie M. le Dr Doillon de l'intérêt constant et bienveillant qu'il m'a porté au cours de mes études médicales. Il a mis à ma disposition toutes les ressour-

ces de son service d'hôpital et m'a agréablement initié aux délicates pratiques de notre art. Je lui dédie ce modeste travail, témoignage de ma profonde gratitude.

Enfin, mes plus vifs remerciements vont à tous ceux qui m'ont fourni des matériaux d'étude, le Dr Doléris, médecin accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine, les Drs Champy et de Kervily, chef de laboratoire des hôpitaux, à M. Debat, et à celles qui ont été des auxiliaires dévouées dans le traitement kinétique de mes malades, Mme Lapina et Mlle Hassenberg, masseuses du service du Dr Jacquet.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les causes de la chute du poil peuvent être et ont été cherchées, au cours des siècles, dans l'individu lui-même et en dehors de lui.

A ce point de vue l'histoire de la dépilation comme celle de nombreuses affections cutanées et même générales, comprend trois grandes périodes :

Dans la première période qui s'étend d'Hippocrate à l'ère pastorienne, les causes de la dépilation ont été cherchées dans le sujet lui-même, les excès, les maladies générales, les troubles de la santé, les vices et corruptions d'humeur.

La deuxième période est la conséquence de l'ère microbienne, où furent révélés les agents jusqu'alors inconnus de nombreuses infections. Les affections de la peau, exposée par sa situation aux agressions microbiennes, ne devaient-elles pas, elles aussi, relever d'agents extérieurs infectieux ? Ces microbes on les chercha, et on les trouva ; on les trouva même un peu vite et les chercheurs, dont les espérances avaient reçu au début ample

satisfaction, subirent dans la suite quelques déceptions.

Parmi les nombreux microbes trouvés, seuls quelques-uns se montrèrent réellement pathogènes : ceux du furoncle, de l'érythrasma, du pityriasis versicolor, mais plusieurs déchurent du rang élevé qu'ils avaient occupé : les nombreux microbes de l'eczéma, ceux du psoriasis, du lichen plan, de la pelade.

Les dépilations, et en particulier la calvitie, cet aboutissant si fréquemment rencontré et si déconcertant n'échappèrent pas à cette invasion microbienne : Un premier microbe : le *microbacille,* découvert par Unna dans l'acné, fut trouvé par Sabouraud dans les dépilations séborrhéiques; un et même deux autres, la spore de *Malassez* et le *coccus polymorphe* à culture grise furent trouvés dans les dépilations pityriasiques.

La troisième période, inaugurée par les études de M. L. Jacquet sur la pelade et ses études générales sur la dépilation, est caractérisée par un retour à la doctrine traditionnelle, rendue plus expérimentale et plus pénétrante.

A l'organisme revient la part prépondérante dans la genèse des dépilations. Celles-ci se produisent soit sous l'influence nerveuse, par des modes dont L. Jacquet a précisé quelques-uns, soit par le mécanisme de l'intoxication (auto-intoxication d'origine intestinale, Hallopeau, Brocq; intoxication par élimination leucocytaire, L. Spillmann et Bruntz).

A cette troisième période se rattachent logiquement les études glandulaires. Le retentissement des sécrétions des glandes closes sur des appareils très divers et très

différents, les répercussions de ces glandes les unes sur les autres attirèrent l'attention. Les symptômes d'insuffisance glandulaire et les syndromes polyglandulaires furent étudiés. Il s'est trouvé que l'évolution du système pileux était en partie sous la dépendance de certaines glandes à sécrétion interne : les glandes génitales et la glande thyroïde en particulier.

Il serait oiseux d'énumérer les opinions des anciens auteurs et d'étudier l'importance variable qu'ils ont accordée aux différentes causes dépilantes d'origine interne.

Les excès sexuels, le surmenage intellectuel, les troubles dyspeptiques, voilà, transmis par la doctrine traditionnelle et populaire, la triade étiologique de la dépilation exacte en somme, mais confuse.

Hippocrate a laissé sur ce sujet quelques aphorismes dont celui-ci : les phtisiques, dont les cheveux tombent, meurent de diarrhée.

Ambroise Paré, qui, s'il fut un précurseur en chirurgie, fut également un médecin averti, résume en quelques lignes remarquables la question des dépilations réunies sous le terme d' « alopécies » (1), mot qui a fait fortune et dont il nous donne d'ailleurs l'origine.

1. C'est à dessein qu'avec M. Jacquet j'emploierai de préférence à alopécie, terme bizarre, son synonyme beaucoup plus clair, quoique moins usité : *dépilation*. Conservons alopécie, vénérable par son antiquité et son pittoresque ; mais bannissons « déglabration », qui, comme l'a fait remarquer M. L. Jacquet,

Nous voyons résumées dans la courte description d'A. Paré, d'une façon un peu confuse, il est vrai, les diverses modalités de l'affection et la conduite que doit tenir le médecin en présence d'une dépilation.

se trouve exprimer le contraire de ce qu'il veut dire ; car si une surface glabre est chauve, une surface déglabrée doit être pileuse.

Voici le texte d'Ambroise Paré :

« L'alopecie est cheute du poil de la tête, et quelques fois des « sourcils, barbe, et autres parties, dicte vulgairement la pelade. « Elle est ainsi appelée des médecins comme maladie des renards, « parce qu'ils sont sujets à telle indisposition, comme certaine « galle qui leur survient en leur vieillesse. Icelle se fait par le « défaut de matière dont les poils doivent être nourris, ou pour « la corruption d'icelle matière, comme après fièvres longues : « ou par vieillesse, faute d'humidité radicale : ou par applica- « tion des onguens trop chauds, comme ceux qui se veulent « faire noircir les cheveux : aussi par l'indeue application des « dépilatoires, ou par une brusleure ou déperdition de subs- « tance de cuir, qui après la guérison fait que la cicatrice « demeure dure : et généralement pour tout vice de la substance « d'iceluy en trop grande rarité, qui fait que l'excrément fuligi- « neux n'est point arrêté : ou *densité*, qui fait qu'iceluy retenu « dessous le cuir n'a point issue pour donner essence aux che- « veux. Or pour la conception des humeurs qui altèrent la vapeur « et matière dont les cheveux sont engendrés, vient alopecie : « ce qui procède du vice de tout le corps, comme l'on voit en « la maladie Neapolitaine, autrement grosse vérolle, ou à ceux « qui sont préparés à la lèpre, ou qui en sont du tout infectés. « Celle qui vient par vieillesse ou par fièvre hectique ou brus- « leure, aux chauves, lépreux, teigneux, est incurable : et par- « tant le chirurgien n'y doit mettre la main. CELLE QUI SE PEUT « CURER LE SERA OSTANT LA CAUSE : comme si c'est par corruption « d'humeurs, le médecin sera appelé, lequel ordonnera LA MANIÈRE « DE VIVRE, purgation et saignée, ainsi qu'il cognoistra être néces- « saire ; puis le chirurgien rasera le poil et usera de fomenta-

A. Paré recommande la recherche de la cause dépilante, laquelle peut provenir d'un « vice de tout le corps »; de sa découverte dépend la guérison, puisque « celle qui se peut curer, le sera ostant la cause ». Parmi les nombreux traitements indiqués, il faut remarquer les frictions avec une pièce de toile neuve ou des feuilles de figuier, *jusqu'à production de rougeur*, moyen certainement efficace et que nous réalisons aujourd'hui avec beaucoup plus de perfection par le massage. Ambroise Paré recommande au médecin d'ordonner *la manière de vivre*. Cette « manière de vivre », après avoir été bien négligée pendant les siècles suivants, a été remise en honneur et brille d'un éclat nouveau et inconnu jusqu'alors dans la *biothérapie*.

Les derniers siècles n'apportèrent pas de grands éclaircissements relatifs à l'étiologie des dépilations. La

« tions attractives et résolutives : appliquera des cornets et sang-
« sues, afin d'attirer la malice de l'humeur au dehors. Cela fait,
« on lavera la teste du malade de lexive, en laquelle on aura
« fait bouillir miel, racine d'ireos, aloës, afin de bien mondifier
« les lieux affectez. Or si l'alopecie vient par faute d'aliment, on
« frottera la partie avec une pièce de toile neufue, ou avec feuil-
« les de figuier, tant que l'on voye une rougeur, ou d'oignons
« crus. Pareillement on piquera en plusieurs endroits la partie
« avec une aiguille : puis seront appliqués onguens faits de
« ladanû, fiente de pigeô, staphysagria, huyle laurin, terebinth,
« y mettant tant de cire qu'il est besoin pour en faire onguent,
« pour attirer le sang et la matière du poil. Si l'alopecie vient
« de la grosse Vérolle, le malade doit être bien frotté jusqu'à
« ce qu'il entre dans le royaume de Bavière : et par ce moyen
« recourra son poil, et parfaicte santé. Si elle est causée par
« quelque vice de cuir, il le corrigera par son contraire, le rare-
« fiant ou condensant, selon que le cas le requerra. »

confusion règne au point de vue du diagnostic de la séborrhée et du pityriasis, ainsi que de leurs délimitations respectives. Il est remarquable de constater combien cette question a subi de vicissitudes au cours du siècle dernier. Séborrhée et pityriasis furent tour à tour méconnus. Ils prirent tour à tour le pas l'un sur l'autre, et furent fréquemment confondus avec des affections voisines : l'hyperidrose, l'eczéma, le psoriasis (1).

Les opinions des auteurs sur les dépilations furent en rapport avec leur conception de ces symptômes concomitants; elles se bornèrent fréquemment à une simple classification des dépilations.

Cazenave (1850) distingue une alopécie naturelle (calvitie) et des alopécies pathologiques symptomatiques d'un état général (alopécies des maladies infectieuses, de la syphilis, pelade) ou d'un état local (eczéma, impétigo, herpès tonsurans, pityriasis capitis, psoriasis, lèpre, vitiligo, acné sébacea). L'alopécie est un des symptômes fréquemment révélateurs de l'acné sébacée, favorisée par un tempérament lymphatique.

Dans les alopécies symptomatiques d'un état général, il range celles que déterminent « les veilles assidues, les peines morales, les excès de coït ».

Cazenave rapporte quelques observations de dépilation suggestives. Ainsi (obs. VI), il constate que l'af-

1. L'histoire des différentes doctrines des maîtres de la dermatologie au sujet de leur conception des pityriasis a été très minutieusement rapportée par R. Sabouraud (*Maladies du cuir chevelu*, t. II, Pityriasis).

fection (pityriasis du cuir chevelu avec dépilation) qui avait résisté aux lotions et aux pommades et s'était même aggravée, ne s'améliora que du jour où cessèrent les céphalalgies.

Pincus (1866 et 1869) distingue deux périodes dans la marche de l'alopécie prématurée ; la première période est caractérisée par la formation exagérée d'écailles (alopecia pityrodes) et la seconde par une perte de cheveux considérable.

Il divise chez l'homme les cheveux qui tombent en deux catégories : ceux qui laissent voir la trace des ciseaux, et ceux qui ne présentent pas cette trace et que Pincus nomme cheveux à pointe. Chez la femme, les cheveux courts sont analogues aux cheveux à pointe de l'homme. Ce qui caractérise le développement de l'alopécie, c'est l'augmentation de la proportion quantitative des cheveux à pointe, relativement au chiffre total de la chute, sans que le chiffre absolu des cheveux qui tombent quotidiennement devienne plus considérable. Cette proportion des cheveux à pointe relativement au chiffre total est de 1/18 à l'état normal. Elle est de 1/8 dans la première période de l'alopécie et arrive à 1/2 dans la deuxième période.

Sous cette forme saisissante, Pincus exprime ce fait que dans la calvitie, les cheveux tombent plus tôt que ne le comporte leur durée normale.

Hebra (1874) range l'alopécie dans les atrophies cutanées. Les dépilations diffuses comprennent l'alopécie sénile ou calvitie et l'alopécie prématurée symptomatique, consécutive à des affections du cuir chevelu (fol-

liculites) ou à des maladies générales. Dans ce dernier cas, l'alopécie prématurée ou calvitie des jeunes est aussi appelée furfuracée, parce qu'il se fait sur le cuir chevelu « une production exagérée d'écailles, une « *seborrhœa capillitii* (1) ».

Et il ajoute que cette production exagérée d'écailles, « cette séborrhée sèche, décrite par beaucoup d'auteurs « anciens et modernes sous le nom de pityriasis, est « une des causes les plus fréquentes de la calvitie pré- « maturée ».

Recherchant ensuite la cause de cette séborrhée sèche, si dépilante pour lui, il pense la trouver dans trois atteintes de la nutrition générale, qui sont : *la chlorose, l'anémie* et la *cachexie*.

En plus de légères démangeaisons sur les places qui produisent des écailles, il trouve chez ces malades, atteints de chlorose, divers phénomènes qui sont très fréquents : « Les pieds et les mains sont habituellement « froids ; le creux des mains et la plante des pieds sont « couverts d'une sueur froide ; ils présentent un certain « degré d'acné rosacée (le bout du nez est froid et vio- « let) ; ils sont sujets aux engelures des doigts et des « orteils ; enfin la digestion n'est pas toujours très « bonne. En outre, chez les femmes, la menstruation « laisse à désirer, les règles sont rares et peu abondan- « tes ou au contraire trop copieuses. La stérilité, la

1. Rappelons que pour Hebra, le pityriasis du cuir chevelu est considéré comme le produit de sécrétion concrété des glandes sébacées.

« grossesse, l'état puerpéral s'accompagnent souvent de « chlorose et amènent ainsi la séborrhée. »

Cependant, plus loin il s'étonne de ce que ce genre d'alopécie est « incomparablement plus fréquent chez « l'homme que chez la femme, tandis qu'il est incon- « testable que la chlorose est beaucoup plus commune « et plus profonde chez les femmes qui, en outre de « l'âge de la puberté, ont encore dans la grossesse, « dans l'état puerpéral, etc..., des occasions plus fré- « quentes d'être atteintes de cette dyscrasie. »

Comme conséquence thérapeutique de cette conception doctrinale, Hebra estime qu'il est nécessaire de faire disparaître la cause même de l'alopécie, si l'on veut obtenir un résultat durable. Aussi conseille-t-il le traitement de la chlorose et de l'anémie : une bonne hygiène, l'hydrothérapie, les médications ferrugineuses et arsenicales, et les poudres alcalines dans les gastropathies chroniques.

Kaposi (1891) fait une division des alopécies analogues à celle de Hebra : alopécie congénitale et acquise, symptomatique et idiopathique. Il rapporte des observations d'alopécie névrotique à la suite de chocs ou d'ébranlements nerveux. Les alopécies prématurées symptomatiques, bien que reconnaissant pour cause la séborrhée, sont appelées furfuracées ou pityriasiques.

E. Besnier et A. Doyon (1891) critiquent la classification des alopécies basées sur la présence de tel ou tel symptôme accessoire, car l'alopécie peut s'accompagner des symptômes les plus divers et les plus variables ; ce qui est constant, c'est l'atrophie progressive du poil,

aussi proposent-ils la dénomination *d'alopécie progressive du cuir chevelu*, (alopécie sénile, alopécie prématurée, anticipée, précoce). L'alopécie sénile est physiologique et due à la régression normale du tégument externe qui marque les phases avancées de l'âge adulte.

L'alopécie progressive est une affection atrophique de cause vitale. Les microphytes découverts à la surface de la peau sont nuisibles à l'appareil pilaire, mais incapables de produire à eux seuls les altérations qui leur sont attribuées, de même que les phénomènes accessoires péripilaires.

Le mode d'action de cette cause première, vitale, n'est pas élucidé; il n'y a guère là que des mots : disposition préalable, individuelle, prédisposition organique locale de déchéance pilaire, arthritisme, débilité et irritabilité particulière du système pileux de la tête. L'hygiène générale de l'individu et l'hygiène locale sont particulièrement recommandées.

Hallopeau (1900) distingue des alopécies toxiques et tropho-névrotiques (à la suite d'épilepsie ou de traumatisme). Les alopécies « arthritique » et « prématurée idiopathique » sont des alopécies toxiques, sans qu'on puisse encore établir dans quelle mesure les troubles gastriques, les fermentations prolongées et la surcharge alimentaire interviennent. Hallopeau signale des alopécies toxiques au début de la tuberculose pulmonaire, dont elles seraient un symptôme révélateur.

Les travaux de Sabouraud occupent la place la plus importante de la deuxième période ou période microbienne.

Sabouraud, dans une série d'ouvrages remarquables (1902-1904), envisage la question sous un angle particulier. Il admet deux catégories de dépilations, correspondant à deux maladies du cuir chevelu, ayant chacune leurs microbes : la *séborrhée* et le *pityriasis*. J'examinerai successivement les conceptions de Sabouraud relativement à ces deux affections au triple point de vue étiologique, symptomatologique et thérapeutique.

1° Etiologie. — Les infections du cuir chevelu par le microbacille de la séborrhée, par la spore de Malassez et le coccus polymorphe à cultures grises dans les pityriasis, telles sont les causes des dépilations. La calvitie, l'alopécie pityrode, la pelade doivent être envisagées comme des maladies microbiennes : « Séborrhée grasse, « pelade, calvitie, sont des anneaux d'une même chaîne, « relèvent du même parasite causal, et ce qui relie « entre eux ces trois syndromes, c'est la dépilation, « résultat constant de la même infection microbienne. »

Pour arriver à ces conclusions, affirmées d'abord solennellement, puis avec des réticences croissantes, Sabouraud s'est appuyé sur tous les arguments que le laboratoire pouvait lui fournir et toutes les homologies, que son esprit ingénieux lui suggérait. Il a répondu, sans les réfuter, à quelques-unes des critiques qu'on pouvait faire à sa conception microbienne des dépilations ; mais au demeurant, il reconnaît qu'il lui manque toujours la consécration expérimentale.

Les conditions d'ordre général qui peuvent avoir une influence sur les deux grandes catégories de dépilations : séborrhéique et pelliculaire, sont rapidement envisagées.

A) *Alopécies séborrhéiques.* — L'hérédité, fréquente, est quelquefois capricieuse. La calvitie est avant tout une maladie de l'âge sexuel et du sexe mâle : « Les « chauves sont toujours des hommes dont le développe- « ment pilaire général est considérable, dont la puberté « a le plus transformé le type infantile, des hommes « dont la sexualité s'est affirmée d'une façon précoce, « des *mâles très mâles* (1). » Malgré cette constatation, et bien qu'il y ait là contradiction apparente, Sabouraud refuse toute influence aux excès sexuels (2).

Les causes locales (cheveux longs, courts, coiffure, etc.), n'ont aucune importance.

Parmi les conditions d'hygiène générale, les plus défavorables sont « l'excès d'alimentation, la vie excitante « des villes, l'alcoolisme ». L'influence du travail intellectuel est très faible ; celle des troubles nerveux est nulle. L'arthritisme souvent invoqué n'existe pas.

Après l'étude par L. Jacquet (1900), de l'élimination urinaire des peladiques, il établit la courbe urologique de la calvitie. Il constate qu'on rencontre fréquemment chez les chauves de l'hyperacidité, de l'hyperchlorurie et de l'hypophosphaturie.

Leur état urologique serait « anormo-normal (3) » ? Dans une note (4) Sabouraud reconnaît que les calvities les plus marquées et les plus précoces « surviennent « souvent chez des individus porteurs de tares généra-

1. *Les maladies séborrhéiques*, p. 137.
2. *Ibid*, p. 133.
3. *Ibid.*,, p. 137.
4. *Ibid.*, p. 147.

« les diverses : rhumatisme musculaire chronique, arthro-
« pathies du type de l'arthrite sèche, myopie progres-
« sive, débilité nerveuse extrême, neurasthénie ».

Mais la véritable cause de la dépilation séborrhéique est l'infection microbacillaire du filament ou du cocon sébacé, produisant l'obstruction du follicule pilaire. L'intensité de la dépilation, la rapidité d'évolution de la calvitie sont proportionnelles à l'intensité de l'infection.

B) *Dépilations pityriasiques.* — Les dépilations pelliculaires reconnaissent comme cause un pityriasis *gras*, dû à l'infection de la couche cornée de l'épiderme par la spore de Malassez et le coccus polymorphe. On rencontre presque constamment ce pityriasis gras dans les dépilations diffuses de la femme. Le degré de l'alopécie est en rapport avec le degré de stéatisation apparente de la squame, c'est-à-dire avec *l'intensité de l'infection cutanée.*

Moins étroitement que la séborrhée, les pityriasis ont une évolution en rapport avec l'activité sexuelle ; le pityriasis stéatoïde ne se développe complètement que chez l'adolescent et l'adulte, une fois la sexualisation accomplie. La prédilection du pityriasis stéatoïde pour le sexe féminin est constante : les adolescents qui en sont porteurs présentent « quelque caractère de féminité ».

Étudiant l'évolution de cette affection, Sabouraud fait cette constatation, sans en rechercher le pourquoi, que « *la femme, beaucoup plus que l'homme, présente la sensibilité alopécique aux moindres troubles généraux* », et en se reportant trois mois en arrière on peut retrouver des causes occasionnelles aggravantes de la dépilation.

Ces causes sont surtout des altérations de la santé générale à la suite de phénomènes nerveux (humeurs noires, ennuis, irritabilité, phobies, et même angoisse), à la suite d'un accouchement ou d'un allaitement. L'entérite muco-membraneuse, la grippe peuvent donner naissance à un accroissement de la dépilation.

Les états morbides rencontrés le plus fréquemment en coïncidence avec les pityriasis sont des états morbides du tube digestif particulièrement les *dyspepsies hyperchlorhydriques*, les *entérites muco-membraneuses,* ou muqueuses chez la femme et la *constipation* avec ou sans hémorroïdes. L'*anémie semi-chlorotique* est fréquente chez les adolescents atteints de pityriasis gras figuré ou de corona seborrhœica ; l'*obésité* chez les hommes atteints de furfurations généralisées (1).

Pityriasis sur-séborrhéiques. — Sabouraud signale les complexes fréquents de pityriasis et de séborrhée (pityriasis pré-, sur-, et post-séborrhéiques, et il constate dans ces cas la présence côte à côte des microbes correspondant à ces affections : microbacille, spore de Malassez et coccus polymorphe.

2° Symptomatologie. — Les descriptions anatomocliniques des lésions élémentaires de la séborrhée et du pityriasis : filament séborrhéique et squame, sont faits

1. A propos des furfurations généralisées, Sabouraud refait le procès de l'arthritisme, mais signale l'avantage qu'il y a à traiter l'état général principalement chez les obèses sédentaires : « Règlons son hygiène, qui est celle d'un « bœuf à l'étable... »

en des tableaux d'une telle précision et d'une telle richesse de détails qu'ils méritent de rester.

Si les symptômes objectifs sont très minutieusement décrits, il n'en est pas de même des symptômes subjectifs, qui n'occupent qu'une place restreinte dans la description des deux affections. Le prurit n'est signalé qu'accidentellement en coïncidence avec le pityriasis. La dermalgie, l'hyperémie congestive et les crises thermiques ne sont pas mentionnées.

3° Traitement. — En conformité avec ces conceptions étiologiques, la thérapeutique de l'auteur tend à être presque exclusivement chimique. La séborrhée et le pityriasis étant des maladies microbiennes locales, la thérapeutique microbicide locale a une part prépondérante.

Sabouraud emploie à cet effet un riche arsenal polypharmaque, et c'est de la combinaison ingénieuse et variée de ces médicaments qu'il dit « obtenir les meilleures formules et les meilleurs résultats ».

Ces affirmations pleines d'espoir et de confiance en la médication chimique sont cependant tempérées par des restrictions qui font prévoir l'échec final de cette polypharmacie et nous permettront de mettre en relief la supériorité de la biothérapie.

Quelle est l'importance du traitement général? exactement celle des conditions générales dans la genèse du pityriasis et de la séborrhée, c'est-à-dire minime.

A) *Séborrhée.* — Dans le traitement de la séborrhée, Sabouraud condescend « à s'occuper de l'état général de « ses patients, même quand leur état général n'a point de

« part dans la maladie locale, pour laquelle ils sont venus « consulter (1) ». On verra, au contraire, au cours de cette étude, quelle part importante revient à « l'état général » et plutôt aux différents troubles fonctionnels dont il est la résultante, dans le traitement de la séborrhée et de la dépilation.

Les digestions gastriques hyperacides seront régularisées par un traitement alcalin.

Les médicaments internes les plus actifs sont : le soufre (eaux sulfureuses, soufre métallique), l'iode, le phosphore et l'arsenic, qui « est le médicament philocome le plus certain ».

Ce faisant, Sabouraud obtient des résultats qu'il croit « supérieurs à ceux du traitement local seul (2) ».

B) *Pityriasis.* — Dans les cas de pityriasis, Sabouraud conseille, à titre d'indication générale, de traiter les affections organiques que pourraient présenter les malades atteints de pityriasis, sans qu'il y ait pour cela relation de cause à effet, puisque « le pityriasis ne paraît « être la conséquence d'aucun trouble organique quelconque », mais seulement parce que les sujets atteints de pityriasis peuvent avoir d'autres maladies. La thérapeutique ici encore est surtout médicamenteuse externe et galénique locale.

1. *Les maladies séborrhéiques*, p. 280.

2. Comme on le verra plus loin, Sabouraud recommande encore dans le traitement de la séborrhée du cuir chevelu, dans le cas de calvitie au début, un massage à contre-poil, à l'aide du pouce enduit de pommade, massage destiné à faciliter la pénétration des agents médicamenteux.

4° Résultats. — Quels sont les résultats de cette thérapeutique?

Il est difficile de se faire une opinion, car, malgré des affirmations encourageantes, il semble que beaucoup de résultats ne soient que passagers, et la longueur du traitement réclamée par l'auteur témoigne d'une efficacité médiocre.

A. — Séborrhée. — Sabouraud déclare qu'il « amé-« liore » la séborrhée, mais ne la guérit pas (1). Cependant le traitement chimique est « capable d'enrayer en peu de « jours (2 ou 3) une alopécie séborrhéique (calvitie en « évolution de la cinquantaine) », et cet enrayage n'est pas un leurre, car, « le traitement fait baisser des 3/4 « en une semaine le chiffre des cheveux perdus quo-« tidiennement (2) ».

Cette thérapeutique, même variée fréquemment, comme le recommande l'auteur, doit durer plusieurs mois et même plus d'une année (15 à 18 mois). Le patient perd rapidement tout bénéfice, s'il s'arrête trop tôt, et, même s'il persiste, il est toujours sujet à des retours offensifs de la maladie.

B. — Pityriasis. — Les résultats obtenus par Sabouraud dans les alopécies pelliculaires de la femme si fréquentes, paraissent tout d'abord très encourageants. « Les médicaments que l'on emploiera seront utiles et « provoqueront une repousse qui ne se serait pas pro-

1. A l'incurabilité de la séborrhée par la chimiothérapie, nous opposerons les guérisons durables obtenues par la biothérapie.

2. *Les maladies séborrhéiques*, p, 338.

« duite sans eux. » L'agent thérapeutique fait cesser la stupeur dans laquelle sont plongées les papilles et provoque la repousse.

Sabouraud, au point de vue de la dépilation, divise les femmes en deux catégories : « A partir de 20 ans « et au plus tard à 25, les femmes sont partagées en « deux catégories. Il y a celles dont les cheveux tom- « bent et garderont toujours une tendance marquée à « tomber pour toutes causes même inaperçues. Il y a « inversement celles dont les cheveux demeurent soli- « des même en des occasions où toutes chevelures per- « dent de leurs cheveux, même pendant les mues annuel- « les, même après des couches normales, même en été, « même au bord de la mer. » « Les plus grands succès « du clinicien seront toujours obtenus sur des cuirs che- « velus de cette seconde catégorie, lorsqu'une cause, « tout accidentelle, sera parvenue à y créer une alo- « pécie passagère : alopécies post-puerpérales, post- « typhoïdiques, etc. (1). »

Ces différences surprenantes s'évanouissent à la suite d'une investigation clinique un peu minutieuse. Les antécédents, les troubles fonctionnels et organiques, les viciations d'hygiène et le genre de vie expliquent suffisamment cette double manière d'être des femmes atteintes

1. Sabouraud. *Pityr. et Alop. pelliculaires*, p. 440.

Depuis (*La Clinique*, 18 mars 1910) Sabouraud a étendu aux hommes cette classification arbitraire et fragile : « Entre « 18 et 22 ans, hommes et femmes se partagent en deux caté- « gories : il y a ceux qui ne perdront jamais leurs cheveux et « ceux qui en perdront toujours trop. »

tes de dépilation, et les succès du clinicien, ainsi averti, seront plus grands encore.

Au total, les conclusions de l'auteur sont pessimistes. L'état de santé « sans soins » est impossible à atteindre. Après douze ou vingt mois d'un traitement, qui aura donné en apparence les meilleurs résultats, la tendance alopécique, après reprise du pityriasis, se manifeste à nouveau : un traitement d'entretien s'impose, et *ce traitement-toilette* paraît être le dernier mot de la thérapeutique chimique des pityriasis.

Dans les dernières publications de l'auteur (*La Clinique*, de 1906 à 1911), les réticences et les atténuations à sa conception microbienne des dépilations se sont faites de plus en plus nombreuses. En même temps, les concessions aux causes d'ordre intrinsèque, devenaient de plus en plus importantes.

Les objections que l'on peut opposer à la théorie microbienne des dépilations sont d'ordre anatomique expérimental et clinique.

1° La calvitie, comme la pelade, est une affection systématisée, ce qui déjà invite à lui chercher des raisons d'ordre anatomique. Des lésions vasculaires, nerveuses, des troubles trophiques cutanés ont d'ailleurs été constatés. Dans la dépilation diffuse ordinaire, la systématisation existe encore, mais moins évidente.

2° La théorie microbienne de la pelade, la première conclusion à laquelle aboutit Sabouraud dans ses recherches sur les dépilations, a vécu. Les travaux de L. Jacquet, et de ses collaborateurs, travaux qui ont subi l'épreuve du temps, ont fait justice de la contagiosité et

de la nature microbienne de cette affection, et Sabouraud lui-même a du reconnaître le parasitisme banal de son microbacille.

Si le microbacille habite l'intérieur du filament séborrhéique, la spore de Malassez n'existe jamais qu'en surface, dans les squames superficielles, alors que la cause du pityriasis réside dans les couches profondes, particulièrement la couche germinative de l'épiderme. Les recherches ultérieures n'ont pas démontré et confirmé la spécificité du microbacille et de la spore de Malassez.

L. Jacquet et Rondeau ont décrit chez le fœtus et chez le nouveau-né, une séborrhée très développée, à filament caractéristique, rigoureusement amicrobienne. Les mêmes auteurs ont constaté chez le nouveau-né peu après la naissance une dépilation diffuse, avec ébauche de calvitie.

Stephen Fras, après une étude bactériologique et clinique minutieuse du pityriasis, fait de grandes réserves au sujet du rôle pathogène de la spore de Malassez, qu'il considère comme une hypothèse séduisante, mais non démontrée.

L'expérimentation, facile entre toutes à réaliser, sans nul danger, sur un terrain de choix, entre les mains de Sabouraud ou des autres chercheurs, n'a jamais pu reproduire un cas de séborrhée ou de pityriasis suivi de dépilation authentique. La séborrhée et le pityriasis ne sont pas contagieux.

3° Enfin les espérances thérapeutiques basées sur la nature microbienne de ces affections ont été déçues. La

thérapeutique chimique antiparasitaire bien que rénovée et enrichie, n'a donné, malgré l'emploi d'antiseptiques puissants, que des résultats très passagers.

Par contre, j'ai amélioré et guéri par la biothérapie, sans l'intervention d'agent chimique,des malades traités pendant plusieurs années par la chimiothérapie à la consultation de l'hôpital Saint-Louis ou à celle de la clinique Lailler sans résultat durable.

Audry (1904) considère la séborrhée et le pityriasis comme des malformations congénitales, qui se révèlent et se développent au fur et à mesure du développement de l'individu. Il ne leur concède que peu d'importance dans la genèse de la calvitie ou des dépilations diffuses. Simples coïncidences, dit-il. De même, jusqu'à présent, « rien ne démontre comme certain, voire comme proba- « ble le rôle des microbes dans la séborrhée, la cal- « vitie et le pityriasis. » L'origine microbienne de ces affections est une hypothèse dont il reste à fournir une bonne preuve.

Le pityriasis est une affection extrêmement fréquente, que l'on rencontre dans la plupart, sinon dans toutes les alopécies.

Brocq (1902 et 1907) est, parmi les dermatologistes contemporains, un de ceux qui, dans la genèse des dépilations, accorde le plus d'importance à l'état de santé générale et aux prédispositions morbides, qu'il réunit sous le nom de « terrain ».

Dans le tableau très détaillé et très complet des alopécies, Brocq conserve comme type dermatologique, l'alopécie prématurée idiopathique, dépilation décal-

vante des jeunes, « qu'on ne peut rattacher, jusqu'à plus « ample informé, ni à la séborrhée microbacillaire, ni « au pityriasis ».

Cette forme, dont la « dominante étiologique » pourrait bien, en dernière analyse, être recherchée dans une modification de l'état général ou un état morbide général, est fréquente chez les « arthritiques, les surmenés, « les intellectuels, chez les personnes qui ont une mauvaise hygiène générale, ou qui se livrent à des excès, « surtout des excès vénériens ».

Brocq signale l'influence fâcheuse sur la chevelure « des chapeaux lourds, des crèpons et faux cheveux, « des peignes et des épingles, du port des perruques, « de certaines coiffures en sens opposé à la direction « des poils (Henri II) et, en général, d'une mauvaise « hygiène locale du cuir chevelu ».

Sa thérapeutique tend surtout à modifier heureusement l'état local par des soins de toilette et des applications chimiques appropriées.

Le traitement général sera celui de l'arthritisme, une hygiène alimentaire adaptée au genre de vie. Le froid des pieds et des genoux, les troubles digestifs seront convenablement traités. Les surmenages, les soucis, les excès seront évités. Toutes les affections d'organes, principalement utérines ou péri-utérines seront relevées et on insistera sur l'importance de leur traitement. Enfin les états généraux des malades : anémie, chlorose, lymphatisme, arthritisme, goutte seront soumis à des médications convenables.

Unna (1907). Les conceptions thérapeutiques de Unna

qui sont éclectiques, nous permettent de nous renseigner sur ses conceptions doctrinales.

Unna distingue parmi les moyens destinés à exciter la croissance des cheveux :

a) Des agents destinés à détruire les organismes de l'eczéma et de la séborrhée ;

b) Des moyens destinés à combattre l'épaississement de l'épiderme ;

c) Des moyens destinés à amincir le pannicule adipeux épaissi ;

d) Des moyens destinés à traiter l'hypertrophie des glandes sébacées ;

e) Des moyens pour provoquer des mitoses dans l'épithélium folliculaire.

Il conseille comme devant répondre à ces différents desiderata les agents chimiques et le massage.

Gaucher (1909) distingue trois groupes d'alopécies :

1° Celles qui dépendent d'un état physiologique ou d'une maladie générale (alopécies congénitale, sénile, prématurée, celle-ci « due à une atrophie progressive du derme qui s'étend aux follicules pileux », alopécies consécutives aux maladies infectieuses) ;

2° Celles qui sont consécutives aux dermatoses localisées du cuir chevelu : *séborrhée*, *pityriasis*, *trichophyties*. La chute des cheveux peut être alors un symptôme accessoire et inconstant, ou un symptôme capital ;

3° Celles qui sont dues à des causes mécaniques (alopécie occipitale, alopécie par trichomanie).

Pour *Darier* (1909) le pityriasis et la séborrhée, manifestations d'un état particulier de la peau qu'il

appelle *kérose*, ne sont que des lésions banales qu'on peut hésiter à incriminer dans la production des alopécies.

Stephen Fras (1907) a fait une étude bactériologique et clinique de la spore de Malassez et des pityriasis. Ses résultats sont loin de confirmer la doctrine exclusive de Sabouraud. Il a rencontré la spore de Malassez chez des individus qu'on ne pouvait taxer cliniquement de pityriasis, en particulier chez toutes les personnes de plus de 11 ans. Le pityriasis formerait alors l'état cutané normal.

Il a vu nombre de desquamations sans spore de Malassez et inversement.

Il n'a pas trouvé de rapport quantitatif entre la desquamation et l'abondance de la spore de Malassez.

Il conclut « qu'il est possible que la spore de Malas-« sez joue un rôle dans l'étiologie de certaines dermato-« ses, comme le pityriasis, mais c'est là une hypothèse « non encore démontrée ».

Une théorie toxique de la calvitie a été émise par *L. Spillmann* et *L. Bruntz* (1911). Ces auteurs ont appliqué à la pathogénie des dépilations leur théorie générale de production de lésions par élimination de toxines au moyen des leucocytes.

S'appuyant sur la constatation faite par Sabouraud d'un plus grand nombre de cellules migratrices dans le derme qu'à l'état normal, ils pensent que cette exocytose est le résultat d'une hyperleucocytose par intoxication. « Ce sont des leucocytes chargés des produits nocifs « intoxiquant l'organisme qui, cherchant à s'échapper

« au dehors, au travers du cuir chevelu (région de moin-
« dre résistance) irritent à la fois l'épiderme et ses
« annexes. A l'action des leucocytes ces formations
« réagissent par hyperfonctionnement (hyperkératose,
« séborrhée et hyperidrose) et les cellules génératrices
« des poils présentent de plus une viciation..., entraî-
« nant la chute des cheveux. » Ainsi la calvitie évolutive est sous la dépendance d'un *état toxique*.

Cette conception, bien que séduisante, est purement théorique.

L. Lévi et *H. de Rothschild* (1911), qui ont rénové la pathologie thyroïdienne, pensent que nombre de dépilations, de calvities et même de canities sont sous la dépendance d'un état thyroïdien et se trouvent améliorées par le traitement thyroïdien.

L'insuffisance thyroïdienne, de même que l'hyperfonctionnement de la glande sont pathogènes, ainsi qu'un état particulier, intermédiaire entre les deux précédents que Lévi et Rothschild appellent l'instabilité thyroïdienne. Tous ces états sont justiciables d'une opothérapie thyroïdienne. Les résultats obtenus, bien que très encourageants, méritent de recevoir le contrôle de l'expérience et l'appui solide des faits précis.

Ce sont les travaux de M. *Lucien Jacquet* qui marquent le retour à la doctrine traditionnelle, mais précisée, fouillée avec une sagacité pénétrante et considérablement enrichie. Par ses nombreuses communications sur la pelade, il s'est élevé victorieusement contre les opinions médicales régnantes, qui en faisaient une maladie microbienne. Il a montré les rapports de cette

affection avec les dépilations diffuses et les intermédiaires qui existent entre ces deux modalités de la dépilation. Il a publié une observation saisissante de dépilation guérie par l'hygiène digestive, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Dans des articles de revues, il a exposé les différents points de sa conception de la dépilation et de sa doctrine générale, dont il donne de nouvelles et importantes applications dans son enseignement quotidien.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

1. Point de départ et méthode de recherches

Le point de départ de cette étude clinique est la saisissante observation publiée à la Société Médicale des Hôpitaux par L. Jacquet en 1904.

Cette observation intitulée « Syndrome cutané d'origine gastro-intestinale » rapporte le cas d'une jeune fille, atteinte d'une dépilation diffuse, abondante et ancienne. La séborrhée, l'hyperidrose, le pityriasis, l'hyperesthésie, le prurit formaient à l'alopécie un riche cortège.

Depuis trois mois tous ces accidents anciens, y compris la dépilation, avaient subi une aggravation considérable. M^lle^ B... en fournissait d'elle-même un curieux témoignage : Les peignes foncés en celluloïd qu'elle employait depuis longtemps pour sa chevelure s'étaient décolorés et étaient devenus cassants, au point de s'émietter sous les doigts.

Cette jeune malade était boulimique, vorace. Elle mangeait goulûment. Aussi présentait-elle d'ancienne date des troubles digestifs sérieux : pyrosis, gastralgie,

constipation, etc..., douleur à la pression de l'épigastre et sur le trajet des vagues au cou.

Le traitement, véritable expérience clinique, consista *uniquement* dans la suppression de tout aliment solide ; le seul aliment fut le lait pris à raison d'une tasse toutes les deux heures.

Nul traitement local quelconque.

Voici les résultats :

« Trois jours après le début, les sueurs ont disparu ; « l'hyperesthésie cutanée a beaucoup diminué, la dépi- « lation est moindre, et graduellement, mais rapide- « ment, chacun des excès fonctionnels, constituant ce « syndrome complexe, revient à la normale. »

Au bout de trois semaines, le lait fut supprimé « et « remplacé par un régime plus supportable, consistant « en quatre petits repas ordinaires, faits avec une « grande lenteur. Ce nouveau régime suffit à maintenir « la guérison ; les peignes nouveaux employés par la « malade en témoignent : après dix-huit mois, ils sont « inaltérés comme coloration et consistance. »

La dépilation diminua progressivement et en quelques mois disparut.

Trois ans après cette bienfaisante intervention, M^lle^ B..., à peu près fidèle depuis lors à sa nouvelle hygiène, fut revue en bonne santé. Sa chevelure était soyeuse et belle.

Dans les commentaires qui entourent cette observation, M. L. Jacquet affirme l'importance des troubles dyspeptiques et viscéraux dans la dépilation, et les phénomènes connexes. En outre, il affirme, au point de vue

pathogénique l'importance de l'action réflexe, plutôt que celle de l'action toxique. Cette conception marque un retour à la doctrine traditionnelle, illustrée d'une façon vraiment saisissante, et déjà plus directe.

Depuis, M. L. Jacquet a creusé cette voie et par un effort incessant l'a pénétrée de plus en plus.

C'est dans cette direction qu'il m'a invité à observer et à étudier la dépilation à l'aide de la clinique expérimentale méthodique et minutieuse.

J'ai étudié ainsi de mon mieux 70 malades. Sur ces 70 malades, 21 ont été suivis longuement et assidûment. En raison de ma méthode de travail, telle que je l'exposerai tout à l'heure, la plupart de ces observations constituent de véritables volumes. On comprendra donc que je ne puisse en faire le dépouillement et l'exposé complets. Je tiens pourtant, pour donner une idée aussi complète que possible de ma manière d'observer et d'expérimenter cliniquement et de traiter biothérapiquement, à isoler et à citer à part, non point *in extenso*, mais en résumé très détaillé, deux de ces observations.

Je choisis deux cas assez représentatifs de l'ensemble, d'une part une dépilation relativement récente et simple chez une jeune femme, d'autre part une dépilation ancienne et complexe chez une malade âgée de 37 ans.

Observation X (1) (personnelle).

M^me^ G., 23 ans, couturière.

Dépilation diffuse avec séborrhée et pityriasis.

25 octobre-24 novembre 1910.

Dépilation, prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, pityriasis, formant syndrome.

Tachyphagie, picrophagie.

Dyspepsie : érythrose postprandiale, régurgitations.

Hyperesthésie et dilatation gastriques.

Dysménorrhée. Œdèmes transitoires prémenstruels de la face.

Nervosisme. Ennuis. Erythrose psychique. Troubles de calorification. Acrocyanose.

Surmenage physique ; veilles, amaigrissement.

Séborrhée faciale.

Traitement. — *Ataraxie digestive.*

Résultats. — *Disparition du prurit, de la dermalgie, de la séborrhée, de l'hyperidrose. Arrêt de la dépilation. Disparition des troubles digestifs.*

Diminution de l'érythrose psychique et de l'acrocyanose.

Le mardi 25 octobre 1910. — M^me^ G... vient consulter pour la chute des cheveux, datant de huit mois.

Antécédents héréditaires. — Le père, mort, avait le teint

1. Les observations ont été numérotées par ordre chronologique de rédaction.

pâle et peu de cheveux. La mère est obèse, érythrosique et a une « maladie d'yeux ».

Antécédents personnels. — Mme G... n'a fait aucune maladie dans l'enfance. Depuis deux ans, elle est mariée et habite Paris.

Mme G... mange rapidement, en 20 minutes à peine, et ne fait aucune attention à la mastication. Elle est picrophage ; elle lit pendant la durée du repas et travaille immédiatement après. Au repas du soir le régime est habituellement végétarien.

Après les repas. — Lourdeur et ballonnement principalement après le repas de midi. Violente érythrose, bilatérale, maximale à gauche, avec une forte sensation de chaleur. L'érythrose post-prandiale dure environ une heure et demie.

Quelques régurgitations peu après la fin du repas.

Les troubles digestifs disparaissent une heure et demie après le repas.

La tachyphagie ne date que d'un an environ, à partir du moment où Mme G... s'est établie couturière. Auparavant elle travaillait en atelier. Elle mangeait alors moins rapidement. L'érythrose post-prandiale était moins forte, les troubles digestifs moins accentués.

Examen du tube digestif. — *Bouche.* — Très belle denture. Les deux dents de sagesse supérieure et inférieure *droites* sont en évolution, depuis environ un mois.

Légère angine érythémateuse du côté *droit.*

Estomac. — Examen à jeun en position couchée.

La limite inférieure est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La pression est surtout douloureuse à ce niveau ainsi qu'au creux épigastrique. Elle est moins douloureuse entre ces deux points.

Hyperesthésie légère de la fosse iliaque droite, du point ovarien droit, et de l'hypogastre au niveau du sus-pubis.

Mme G..., bien réglée autrefois, a maintenant des retards de huit à quinze jours. Les règles sont très peu abondantes et ne durent que deux jours. Œdèmes transitoires de la face pendant les périodes de retard.

Mme G..., établie couturière depuis un an, a eu de nombreux soucis au début de son installation et en a encore fréquemment. Surmenage important l'hiver précédent. Veillées fréquentes jusqu'à une heure du matin; une fois par semaine elle passait la nuit entière au travail.

Dans la journée Mme G... porte de fortes charges.

Poids: 61 kilogrammes.

Mme G... a maigri de 7 kilogrammes pendant les quatre dernières années. Depuis six mois l'amaigrissement est de 2 kgr. 500.

Mme G... a les pieds glacés pendant toute la journée, et les pieds ne se réchauffent que longtemps après le coucher. Acrocyanose des mains.

Mme G... porte presque constamment un corset, qui comprime fortement la taille.

Coryzas fréquents.

Ennuis domestiques. Elle est plus nerveuse qu'autrefois, et se met facilement en colère.

Érythrose psychique et émotive importante, bilatérale, maximale à gauche.

Aération insuffisante.

Mme G... avait autrefois une belle chevelure longue et épaisse, qui tombait jusqu'aux hanches. Les cheveux, châtain foncé, tombaient un peu plus que normalement au printemps et à l'au-

tomne. Depuis huit mois apparition au cuir chevelu d'un syndrome complexe comprenant le prurit, la dermalgie, la séborrhée, l'hyperidrose, le pityriasis et la dépilation.

Le prurit apparu il y a huit mois, est surtout violent à la fin de la journée, où il y a des crises d'une durée maxima de dix minutes.

La dermalgie s'est manifestée également il y a huit mois. D'abord légère, elle est accentuée depuis trois mois, et est particulièrement vive au moment de la toilette.

La séborrhée a été constatée aussi à la même époque. Elle reparaît dès le lendemain du lavage, et quatre jours après elle est aussi importante qu'auparavant.

L'hyperidrose a été remarquée pour la première fois l'été dernier. Elle siégeait exclusivement au cuir chevelu. Actuellement la sudation est moins forte.

Des pellicules abondantes, sèches et furfureuses ont été notées depuis huit mois.

La dépilation, apparue il y a huit mois, a été plus importante pendant les mois d'été qu'au moment où Mme G... vint nous consulter.

Mme G... fait tous les quinze jours un savonnage au bois de Panama, qui ne dégraisse le cuir chevelu que pour un temps très court. Le prurit, diminué par le lavage, reparaît avec la même intensité trois ou quatre jours après.

Au moment où Mme G... vient nous consulter, il n'y a aucune repousse constatable.

Traitement. — Régime ataraxique : bradyphagie, suppression de la lecture au repas, suppression des épices, des ragoûts, des sauces.

Sieste d'une demi-heure, après chaque repas.

Mobilisation des mains en élévation.

Les soins de toilette du cuir chevelu restent les mêmes.

Mercredi 2 novembre 1910. —Surmenage pendant la semaine précédente. Fatigue. Quelques ennuis professionnels.

Le régime ataraxique n'a été qu'imparfaitement suivi. La tachyphagie persiste. Mme G... a été obligée de travailler immédiatement après le repas.

La veille, excès alimentaires, digestion pénible, pyrosis pendant une demi-heure après le repas, céphalée.

Le lavage a été fait il y a huit jours ; depuis, la dépilation est moindre.

Le prurit, autrefois presque quotidien, avait disparu. Il a reparu la veille, à la suite de l'indigestion.

Traitement biothérapique du froid des pieds.

Application plus stricte du régime ataraxique ; réduction de la boisson à un demi-verre au repas. Une tasse de camomille après le repas.

Le lundi 14 novembre. — Mme G... a mangé plus lentement, en mastiquant soigneusement les aliments. Elle a fait une sieste d'une demi-heure après le repas.

Surmenage.

Mme G... digère très bien, est bien à l'aise après le repas. Il n'y a plus d'érythrose postprandiale.

Céphalée, un seul jour, le premier jour de l'emploi d'un fourneau au coke.

Le froid des pieds a été traité très incomplètement, sans résultat appréciable.

La mobilisation des mains en élévation n'a été faite qu'une fois par jour à peine pendant cinq minutes. L'acro-asphyxie est moindre, les mains sont moins rouges et moins froides.

Les règles sont attendues pour le 19.

Le dernier lavage de quinzaine a été omis et sera reculé d'une semaine. Malgré cela, les cheveux sont beaucoup moins gras qu'autrefois à pareille époque, à la même distance d'un lavage de tête.

Le prurit a beaucoup diminué. Il n'existe plus que le soir, très léger.

Les cheveux tombent beaucoup moins depuis une huitaine de jours.

Traitement. — Rationnement des boissons : La boisson sera supprimée aux repas ; Mme G... boira à 4 heures et à 9 heures un verre d'eau de Pougues ou de camomille chaude.

Le jeudi 24 novembre 1910. — La durée du repas a été portée à une demi-heure.

Les boissons ont été diminuées au repas, 1/2 verre d'eau rougie. Mme G... n'éprouvant aucune sensation de soif, n'a pas fait la modification conseillée (1 verre de boisson à 4 h. et à 9 h.). Très bon état digestif.

Le dernier lavage a été fait il y a cinq jours.

Prurit très diminué, presque nul.

Disparition de la dermalgie.

Séborrhée réduite au taux normal.

Disparition de l'hyperidrose.

Dépilation faible, normale. Les cheveux tombent beaucoup moins le jour du lavage et ne tombent presque plus les jours suivants.

En somme, on voit que j'ai obtenu par la seule diététique, sans nulle application chimique, l'arrêt de la dépilation et des troubles connexes, et cette observation est, au degré près, comparable à celle rapportée par M. L. Jacquet.

Voici maintenant l'observation de Mme X... Cette malade est âgée de 37 ans. Elle est atteinte d'une dépilation grave, à tendance décalvante, datant de quinze ans. Elle a épuisé sans résultat toute la gamme des médications chimiques. Elle a été soignée pendant *dix ans* à la clinique Lailler, sans qu'on pût enrayer la marche progressive de sa dépilation. Aussi vient-elle à nous sceptique et désabusée.

M. Jacquet me confie cette malade en m'invitant « à la regarder vivre expérimentalement ». Il me demande de faire son éducation biothérapique et de suivre pas à pas les modifications de son organisme sous le contrôle de la médecine expérimentale. Je l'ai ainsi regardée vivre pendant deux ans. Attentive, elle m'a tenu au courant, journellement, pour ainsi dire, de son état de santé ; confiante, elle m'a fait part de ses émotions, de ses craintes, de ses espoirs ; obéissante et docile, elle a suivi exactement mes recommandations hygiéniques, et mes prescriptions thérapeutiques. Pendant deux ans, j'ai dressé chaque semaine un bilan de son état de santé, et de l'état de son cuir chevelu ; pendant deux ans j'ai établi, semaine par semaine, la courbe de sa dépilation. Il y eut pendant cette période de nombreuses fluctuations et oscillations de la santé comme de l'état du cuir chevelu, qui ont été soigneusement et exactement relevées.

Je prie le lecteur de bien vouloir lire cette observation qui sera publiée *in extenso,* page 186 (Obs. I) et j'ose lui affirmer qu'elle mérite d'être lue.

Je n'en donnerai ici qu'un résumé fort succinct.

Observation 1 (personnelle).

Résumé.

Mme X..., 37 ans, ménagère.

Dépilation diffuse avec grande séborrhée.

10 décembre 1909, 15 mai 1912.

Le 10 décembre 1909, Mme X..., vient nous consulter pour une dépilation diffuse datant de quinze ans, accompagnée d'une grande séborrhée du cuir chevelu. Sans qu'on l'interroge à ce sujet, Mme X... se plaint de troubles gastro-intestinaux anciens et notables.

Ses parents avaient une belle chevelure, mais étaient érythrosiques. Le père était éthylique.

Mme X... a un passé utérin : A la suite d'un premier accouchement dystocique, à l'âge de 21 ans, elle eut de l'infection puerpérale, puis de la métrite, une rétroversion utérine, et une éventration. Elle fut traitée pendant sept ans. A 28 ans, nouvelle grossesse. Mme X... dut garder le lit pendant les quatre derniers mois. A la suite de l'accouchement apparut un prolapsus utérin. Mme X... fut opérée trois ans après (curettage, alexander et périnéorraphie). Il n'existe plus depuis aucun trouble des organes génitaux, seules subsistent une ptose viscérale importante et l'éventration.

Il y a trois ans crise de neurasthénie, soignée à la Salpêtrière.

Depuis quinze ans, Mme X... se plaint de troubles gastriques.

Dès l'enfance elle était extrêmement *vorace*, et on était obligé de lui céler les aliments. Elle mange goulûment, en dix minutes, sans aucun soin de mastication. Elle prend ses repas à des heures irrégulières. Elle est polyphage et picrophage, et prend beaucoup de café.

Mme X... est dyspeptique. Après les repas, elle est ballonnée pendant trois à quatre heures, elle a une sensation de pesanteur à l'épigastre accompagnée d'hyperesthésie, d'éructations de fringales, de narcolepsie.

L'érythrose postprandiale, violente, dure trois quarts d'heure et est plus marquée du côté gauche. La joue gauche est exposée, depuis six ans, pendant l'hiver au rayonnement d'un poêle. La température génienne gauche est de 2 degrés plus élevée que celle du côté droit.

Mme X... est très constipée. Depuis dix ans, elle ne va à la selle que par médicaments.

Elle a consulté plusieurs spécialistes des maladies du tube digestif et suivi de nombreux régimes ; il n'y eut jamais d'amélioration digestive notable.

Il y a des lésions dentaires bilatérales.

Les règles sont peu abondantes.

Mme X... est très nerveuse. Elle a de violentes colères, terminées par des crises de larmes et du hoquet, une vive érythrose psychique, des rêves continuels.

Elle est obèse (taille 1 m. 52, poids 69 kilgr.).

Mme X... avait autrefois une magnifique chevelure, descendant jusqu'au voisinage du genou. La dépilation commença il y a 15 ans à la suite du premier accouchement. La séborrhée est intense. Le cuir chevelu, gras et huileux, laisse sourdre par expression des gouttelettes grasses. Les oreillers sont tachés rapidement et Mme X... est obligée de les recouvrir d'un linge protecteur. Elle pratique tous les jours depuis deux ans, suivant la prescription du Dr Sabouraud, un *dégraissage* à l'éther de pétrole, et malgré cela, quelques heures après, le cuir chevelu est ruisselant de graisse.

L'hyperidrose est très importante l'été.

Le cuir chevelu épais et empâté est malaisément mobilisable. Il a une coloration jaunâtre légèrement rosée et rougit facilement à la suite du plissement (érythrose provoquée).

Ni céphalée, ni dermalgie, ni prurit.

La dépilation importante a toujours été progressive. De même que la séborrhée, elle est plus importante pendant l'été. Actuellement les cheveux tombent à pleins peignes.

La chevelure est très clairsemée, surtout au niveau du sinciput. La dépilation est un peu moindre du côté droit (hémi-dépilation à dominante gauche). La numération des cheveux est facile au sommet de la tête (68 par cmq.). Mme X... est obligée de porter depuis cinq ans un postiche au niveau de la région du sommet.

Aucune repousse.

Mme X... a été soignée d'abord à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine en 1898 par M. Gaucher, puis elle suivit de façon régulière, pendant près de dix ans, la consultation de la clinique Lailler à l'hôpital Saint-Louis. Elle fut soignée par diverses médications chimiques à base de :

Résorcine.	Acide phénique.
Hydrate de chloral.	Bichlorure de mercure.
Soufre précipité.	Acide acétique.
Sulfure de carbone saturé de soufre.	Acide tartrique.
Tétrachlorure de carbone.	Sulfate de potasse.
Huile de cade	Sulfate de soude.
Acide pyrogallique.	Sulfure de calcium.

Il n'y eut jamais que des améliorations passagères.

Comme au cuir chevelu, il y a à la face une séborrhée importante.

Le 16 décembre 1909. — Le premier *traitement* institué consiste uniquement dans la réforme bradyphagique : mastication minutieuse des aliments, la durée des repas étant portée à trois quarts d'heure. Les laxatifs seront supprimés, les lésions dentaires réparées. Les soins du cuir chevelu restent les mêmes que ceux employés auparavant.

20 janvier 1910. — Il y a une rapide amélioration digestive, une diminution de la séborrhée et de la dépilation. De fins cheveux en repousse sont visibles.

. . . . . .

A partir du 20 janvier 1910, pendant près de trois semaines, Mme X... a été en proie à de vives frayeurs, motivées par les inondations de la Seine. Cessation brusque des règles. Abandon partiel de l'hygiène digestive. La séborrhée subit une recrudescence, la dépilation devient brusquement trois fois plus forte qu'au moment de l'amélioration précédente ; puis, sous l'influence de la reprise de l'hygiène digestive, nouvelle décroissance de ces troubles et accentuation de la repousse.

. . . . . .

Du 20 au 27 mars, trois extractions dentaires.

La dépilation subit une ascension brusque pendant la semaine qui suit les extractions dentaires, puis décroît. Quelques troubles digestifs passagers dus à des écarts de régime.

Un *massage* bi-quotidien du cuir chevelu pendant dix minutes est appliqué à partir du 7 avril.

. . . . . .

Du 15 avril au 15 mai 1910, grippe. Malgré la grippe et quelques phénomènes dyspeptiques, la séborrhée est en importante

diminution et à partir du 28 avril, *Mme X... peut supprimer un lavage à l'éther de pétrole sur deux. Malgré cette suppression, le cuir chevelu est moins gras qu'au début du traitement.* On note une aire pariéto-occipitale gauche de dépilation diffuse (deux dents cariées : 8 HG et 1 BG ont été extraites peu auparavant).

. . . . . .

Du 20 au 28 mai 1910, crise de sciatique variqueuse, dont la période de régression s'étend jusqu'à la fin du mois de juin. Ennuis. Surmenage. Pendant l'été, la séborrhée est un peu plus importante qu'avant la saison chaude, mais moindre qu'au début du traitement.

La séborrhée et l'hyperidrose sont moins considérables que les étés précédents. La dépilation augmente légèrement pendant les mois de juin et juillet. Elle est beaucoup moins forte que les années précédentes à pareille époque, où elle devenait très importante.

Août-septembre 1910. — Période de vacances. Mme X... s'est suralimentée et a fait quelques écarts tachyphagiques. Augmentation de poids de 2 kgr. 500, apparition de varices externes et d'œdème malléolaire vespéral.

La séborrhée, encore importante, est moindre qu'au début ; la dépilation est au même degré qu'avant les vacances.

. . . . . .

Du 21 octobre au 22 novembre traitement soufré, le rythme de la dépilation est irrégulier.

A partir du 24 novembre, rationnement alimentaire, reprise du massage bi quotidien ; mobilisation active et passive, quotidienne, du cuir chevelu.

A partir du 13 décembre, exercices quotidiens de gymnastique respiratoire et abdominale.

La dépilation est en diminution et à un taux relativement faible.

La repousse s'accentue de plus en plus, et est surtout importante au sinciput et au niveau de l'aire pariéto-occipitale gauche de dépilation diffuse.

. . . . . .

Du 1er au 8 janvier et du 1er au 15 février 1911, troubles digestifs.

Le 12 janvier le lavage fait tous les deux jours à l'éther de pétrole est remplacé par une lotion dégraissante, d'un emploi moins désagréable.

Mme X..., qui a obtenu un amaigrissement de 8 kilogrammes, constate que ses règles, rares autrefois, deviennent plus abondantes. Elle est plus vive, plus alerte, plus résistante au travail. Le jeu des différentes articulations est plus libre et plus étendu.

Depuis le 20 janvier à la fin d'avril 1911, poussées successives de laryngo-trachéite.

Constatation de sédiments dans l'urine.

Mme X..., grâce à la bio-kinétique, a pu se préserver des engelures pendant l'hiver.

Depuis le 14 mars 1911, brossage à sec bi-quotidien du cuir chevelu.

Diminution de la séborrhée, augmentation importante de la dépilation à la suite du brossage énergique qui entraîne mécaniquement un grand nombre de cheveux.

On note une aire pariéto-occipitale droite de dépilation diffuse (8 HD extraite un an auparavant), où la repousse est déjà importante.

29 avril 1911. — Changement de la lotion de nettoyage.

Du 1er au 4 mai, embarras gastrique et troubles digestifs ; de même du 21 au 25 mai.

La dépilation décroît malgré le brossage.

Contre l'état variqueux des jambes Mme X... a fait régulièrement de la gymnastique élévatoire des membres inférieurs. Elle a porté successivement une bande de crêpe Velpeau, puis des bas à varices. L'œdème malléolaire vespéral est moins important, et la sensation de cuisson a disparu.

Juillet 1911. — Malgré la période des chaleurs et le brossage, la dépilation est relativement faible. La séborrhée en grande diminution et l'hyperidrose sont beaucoup moins importantes encore que l'été précédent. Mme X... a *pu rester au mois de juillet, en période de fortes chaleurs, pendant seize jours, sans faire aucun dégraissage du cuir chevelu, sans augmentation notable de la séborrhée.*

Août-septembre 1911. — Mme X... a beaucoup souffert de la chaleur pendant cet été particulièrement chaud. Elle s'est un peu écartée de son régime, buvant davantage. L'hyperidrose est restée moins forte que précédemment. La dépilation est stationnaire, mais faible.

Mme X... est moins nerveuse et moins irritable. Les crises de colère sont moins fortes. Le sommeil n'est plus entrecoupé de rêves. L'érythrose psychique est moins forte.

Octobre 1911. — A la suite de l'émotion provoquée par les symptômes d'une grossesse inattendue : ennuis, désespoir, crises de larmes, insomnie ; négligence momentanée du traitement. Légère augmentation de la dépilation.

Fin octobre 1911. — Disparition des symptômes de grossesse. Amélioration graduelle de l'état du cuir chevelu, diminution de la séborrhée, diminution de la dépilation. Accentuation de la repousse. Toute la région du sommet et les deux régions

pariéto-occipitales sont uniquement couvertes de cheveux jeunes et solides, longs de 8 à 10 centimètres.

Novembre 1911. — Grippe.

Janvier 1912. — Mme X... est revue en très bon état à tous égards. La dépilation diminue régulièrement.

La numération donne par centimètre carré : pour le sinciput (à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen) 60 cheveux jeunes et quelques follets : au niveau du tiers postérieur 63 cheveux anciens et 25 à 30 jeunes.

Si le nombre des cheveux a peu varié par rapport au début du traitement, la qualité en est différente. Les cheveux anciens étaient caducs ; les cheveux nouveaux sont solides et résistants à la traction. Leur nombre s'accroît par l'adjonction de nouveaux follets.

15 mai 1912. — L'amélioration, tant générale que locale, s'est encore accentuée.

On a pu voir au cours de cette observation très résumée les modifications graduelles, qui se sont produites tant dans la dépilation et les phénomènes connexes que dans l'état fonctionnel et général ; mais on en prendra une notion à la fois plus complète et plus exacte, en comparant cette malade par un tableau d'ensemble au point de départ et au point d'arrivée.

Voici ce bilan :

Résultats locaux.

La séborrhée est considérablement diminuée. Mme X... était obligée autrefois do procéder chaque jour à un dégraissage à l'éther de pétrole ; le cuir chevelu quelques heures après ce

lavage était ruisselant de graisse. Après dix-huit mois de traitement biothérapique, Mme X... a pu rester, pendant les fortes chaleurs de l'été dernier, 16 jours sans lavage ou nettoyage. Après ce laps de temps, l'état séborrhéique n'était pas sensiblement plus considérable qu'auparavant. Elle a pu d'abord espacer, puis supprimer les nettoyages à l'éther de pétrole.

L'hyperidrose a été notablement moins forte que d'habitude l'été dernier, malgré des chaleurs exceptionnelles.

La dépilation, après avoir subi de nombreuses variations intéressantes dont nous analyserons plus loin les causes, est actuellement faible, même en tenant compte de la chevelure peu importante de Mme X... La région du sommet et les deux régions pariéto-occipitales sont exclusivement couvertes de cheveux jeunes, longs de 6 à 8 centimètres. Si le nombre des cheveux est encore réduit dans la région du sommet et voisin de celui du début, 60 à 80 par centimètre carré au lieu de 68, du moins ces cheveux sont jeunes et solides, contrairement à ceux du début du traitement, anciens et caducs ; et le nombre de ces cheveux jeunes ne cesse de s'accroître par l'adjonction de follets. Les zones pariéto-occipitales, autrefois clairsemées, sont aujourd'hui abondamment garnies par des cheveux nouveaux.

Résultats généraux

Disparition de tous les troubles digestifs : ballonnement, éructations, érythrose postprandiale, fringales, constipation opiniâtre. Ces troubles dataient de 15 ans ; depuis cette époque, Mme X... n'allait à la selle qu'à l'aide de laxatifs. Elle avait épuisé sans résultat toute la série des régimes et toute la gamme des médicaments eupeptiques prescrits à l'hôpital Necker et à l'hôpital Boucicaut.

L'hyperesthésie gastrique à la pression est diminuée. Elle n'existe plus à jeun. Légère après le repas, elle disparaît très rapidement. L'estomac n'est plus distendu sous l'influence des repas. Les aliments *lourds :* choux, salades, sauces, les féculents, autrefois très mal tolérés sont bien supportés.

La boulimie d'autrefois, est devenue *l'appétit.*

Le *nervosisme* a diminué de façon importante. Les colères persistent, mais avec une érythrose psychique beaucoup moindre, *sans crises de larmes* et *sans hoquet.*

Mme X... dort beaucoup mieux. Elle avait le sommeil entrecoupé de rêves et se réveillait fatiguée. Elle ne rêve presque plus et se réveille reposée.

Mme X... est moins portée à la neurasthénie et moins impressionnable.

L'érythrose émotive est beaucoup moins forte.

Les règles, autrefois insuffisantes sont maintenant normales. Le développement des varices a été enrayé. La marche est beaucoup plus facile qu'autrefois. Les crampes musculaires ont disparu, l'œdème malléolaire vespéral est moins important; il s'accompagne d'une moindre chaleur des extrémités et est par suite plus tolérable.

Les engelures des mains et des pieds étaient habituelles l'hiver. Mme X... a pu s'en préserver pendant les deux derniers hivers. Elle n'a plus de dermites artificielles sous l'influence des liquides irritants.

Les craquements articulaires sont beaucoup moins fréquents. Le jeu des différentes articulations est plus libre et plus étendu.

La ptose abdominale est diminuée, le ventre est moins tombant, la sensation de pesanteur provoquée par le prolapsus abdominal, quand il n'est pas maintenu, est beaucoup moindre.

Mme X..., autrefois obèse a maigri de 9 kilogrammes environ, (57 kgr. 200 au lieu de 66 kgr.) ; elle est d'une corpulence normale. Elle est beaucoup plus résistante au travail ; elle se fatigue moins promptement et moins facilement. L'essoufflement, la fatigue matutinale ont disparu.

La séborrhée faciale est très diminuée. Les pommettes sont légèrement rosées, au lieu d'être écarlates comme autrefois. La couperose gauche est très atténuée. Le teint est plus frais et plus clair. Le visage autrefois empâté s'est affiné. L'aspect en est plus agréable et plus juvénile.

Interrogé sur l'ensemble des améliorations obtenues par Mme X..., M. X..., son mari, nous répondit : « Ma femme a rajeuni de plusieurs années. »

J'ai résumé dans le tableau suivant l'ensemble des résultats obtenus chez Mme X...après deux années de traitement biothérapique, comparativement à son état lors de sa mise en traitement, c'est-à-dire après 10 années de chimiothérapie.

10 décembre 1909.	*25 janvier 1912.*
Après dix années de chimiothérapie.	*Après deux années de biothérapie.*
Résultats locaux.	
Dépilation diffuse, généralisée, abondante, datant de quinze années.	Dépilation relativement faible.
Nulle repousse.	Belle repousse.

Séborrhée intense.	Séborrhée considérablement diminuée.
Hyperidrose considérable.	Hyperidrose beaucoup moindre.

Résultats généraux.

Troubles digestifs datant de quinze ans, non améliorés par différents régimes et des prescriptions d'hygiène vague.	Nul trouble digestif.
Constipation opiniâtre depuis quinze ans.	Pas de constipation.
Grand nervosisme.	Nervosisme atténué.
Neurasthénie dépressive.	Neurasthénie moindre.
Crises de colère suivies de crises de larmes et de hoquet.	Crises de colère moins violentes, sans crises de larmes et sans hoquet.
Rêves continuels.	Rêves très rares.
Dysménorrhée (oligoménorrhée).	Règles normales.
Varices en voie de développement. Crampes musculaires, marche pénible, œdème malléolaire vespéral avec hyperthermie des extrémités et sensation de cuisson pénible.	Varices stationnaires. Les crampes musculaires ont disparu, la marche est plus facile, l'œdème malléolaire est moins important et plus tolérable.
Empâtement facial.	Affinement facial.
Teint rouge bistre.	Teint plus frais, plus clair, plus juvénile.

Engelures périodiques depuis dix années.	Pas d'engelures depuis deux ans.
Craquements articulaires. Tendance à l'ankylose progressive.	Craquements articulaires beaucoup moindres. Le jeu des différentes articulations est plus libre et plus étendu.
Ptose abdominale importante et pénible.	Ptose abdominale diminuée et mieux supportée.
Poids 66 kgr. (taille 1 m. 52).	Poids : 57 kgr. 200.
Essoufflement. Fatigue rapide. Évolution vers l'impotence.	Respiration normale. Travail plus facile. La fatigue matutinale a disparu. Mme X... est plus vive et plus alerte.

Comparée au cas publié par L. Jacquet, la première de ces deux observations présente de nombreux points de ressemblance.

Les conditions sont relativement favorables :

La malade est jeune, les viciations digestives sont importantes, de date relativement récente, et par conséquent maniables, les troubles du cuir chevelu se sont manifestés à l'occasion d'un important surmenage, il y a huit mois.

La régularisation de l'hygiène digestive produit une sédation immédiate de chacun des éléments du syndrome. En vingt-huit jours les symptômes connexes ont disparu, la dépilation revient à son taux normal.

Par contre, dans la deuxième observation, les conditions étaient très défavorables ; la malade était plus âgée, obèse ; il y avait une diminution générale de l'activité

organique et un ralentissement de toutes les fonctions ; les viciations digestives dataient de l'enfance ; depuis quinze ans il y avait des troubles digestifs très importants ; depuis quinze ans la séborrhée et la dépilation avaient subi une évolution progressive, que *dix années de chimiothérapie* n'avaient pu enrayer. La chevelure était très réduite et caduque.

Deux années d'éducation biothérapique, et M. L. Jacquet insiste à juste titre sur le rôle éducateur du médecin, ont procuré à cette malade une réfection organique d'ensemble, un renouvellement *totius substantiæ*.

Outre un rajeunissement facial qui a frappé l'entourage, il y a un rajeunissement foncier, qui porte aussi bien sur le système nerveux, moins irritable, que sur le système pileux, dont les cellules génératrices, renouvelées, ont retrouvé une nouvelle activité formative.

La pratique de sa nouvelle hygiène et la biothérapie ont assuré à M^me^ X... non pas, à vrai dire, un arrêt immédiat de la dépilation, qui a continué d'évoluer et dont la marche paraît seulement ralentie, mais une rénovation pilaire déjà très importante et croissante. De plus M^me^ X... a conquis un organisme plus résistant, une rééquilibration fonctionnelle remarquable ; et il est manifeste, qu'au point de vue *habitus* extérieur, vigueur, activité et puissance de travail, elle semble avoir remonté le cours du temps d'une dizaine d'années.

2. Exposé clinique général

J'ai observé durant deux années, à la polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine, *soixante-dix* malades atteints de dépilations diffuses du cuir chevelu.

Ces soixante-dix malades ont été le sujet d'une observation clinique et furent soumis à un traitement biothérapique.

Ce traitement fut le plus souvent appliqué progressivement, chaque modification biothérapique étant prescrite isolément et successivement, de façon à juger sa valeur ; dans quelques cas, le traitement biothérapique complet fut appliqué d'emblée.

On trouvera dans le détail de l'observation de Mme X... en particulier (Obs. I) la façon dont ont été conduites ces recherches de clinique expérimentale.

Les malades étaient soumis à des examens hebdomadaires, au cours desquels les modifications survenues dans leur état général, relevées appareil par appareil, ainsi que dans l'état du cuir chevelu, étaient soigneusement notées.

Les résultats obtenus ont pu à loisir être vérifiés et contrôlés par M. L. Jacquet et ses élèves.

Certains de ces malades ont été observés régulièrement pendant la continuité de ces deux années. C'est le petit nombre, parce que peu de malades sont persévérants. Ces malades sont venus tant que la guérison de leur affection, grave et ancienne, n'était pas complète ; ce sont les plus intéressants, parce qu'il

a été possible d'étudier sur eux toute la gamme des modifications hygiéniques et diététiques.

La majorité de ces malades avait déjà suivi, pour leur dépilation, divers traitements de spécialistes à la consultation de l'hôpital Saint-Louis ou à celle de la clinique Lailler, par exemple; certains même avaient été abandonnés des maîtres de cette branche spéciale de la dermatologie, mais la plupart avaient d'eux-mêmes cessé tout traitement chimique par suite des faibles résultats obtenus.

D'autres venaient consulter pour la première fois.

Je publierai ici seulement les observations détaillées de *21* malades, prises parmi ceux qui ont pu être suivis le plus longtemps et le plus assidûment, et sur lesquelles repose la partie biothérapique de ce travail. Mais j'utiliserai aussi souvent qu'il sera possible des constatations cliniques faites sur les 49 autres.

Ces 70 malades comprennent : 63 femmes et 7 hommes.

L'âge des femmes varie de 11 ans (1) à 49 ans.

L'âge des hommes varie de 19 à 28 ans. Ce sont des malades pris dans la période critique pour la chevelure de l'homme (18 à 30 ans).

Dans ces observations, j'ai noté :

49 fois le prurit ;
48 fois la dermalgie ;
45 fois la séborrhée ;
43 fois le pityriasis ;
24 fois des crises thermiques.
18 fois l'hyperidrose ;

1. Il s'agissait dans ce cas d'une dépilation avec phtiriase.

La classification usuelle des dépilations repose sur la constatation des phénomènes connexes objectifs (séborrhée et pityriasis). A ce point de vue, les 21 malades dont je rapporte l'observation se répartissaient de la façon suivante :

Huit dépilations avec séborrhée pure, fluente (alopécie dite séborrhéique) : 5 femmes (Obs. 1, 6, 7, 8, 9), et 3 hommes (Obs. 3, 11, 20).

Quatre dépilations avec pityriasis stéatoïde : 3 femmes (Obs. 2, 14, 15), et un homme (Obs. 4).

Six dépilations où existaient simultanément à un degré important la séborrhée et le pityriasis : 4 femmes (Obs. 10, 12, 13, 21), et 2 hommes (Obs. 5, 16).

Deux dépilations par phtiriase (1), avec pityriasis sec (Obs. 18 et 19).

Une dépilation postérysipélateuse, avec séborrhée et pityriasis (Obs. 17).

Les observations ont été rédigées de telle sorte que l'appréciation de l'état local est faite chaque fois comparativement avec celui du dernier examen, et aussi souvent que possible avec l'état observé lors du début de la mise en traitement. En cas de non-indication, la comparaison est faite avec l'état de l'examen précédent.

1. Comme M. L. Jacquet l'a montré, la phtiriase peut être une cause de dépilation, à la suite de l'excitation mécanique des follicules pileux provoquée par le grattage (*Hygiène de la peau et de la chevelure*. Conf. à la Soc. de l'Internat, 28 déc. 1905).

CHAPITRE III

I. — SYMPTOMATOLOGIE

A. — *SYMPTOMATIQUE LOCALE*

1° Dépilation

A l'état normal, le renouvellement pilaire est continuel, la mue dure toute l'année. Les changements de saisons, l'époque des règles, la grossesse et l'accouchement ne l'influencent pas de façon appréciable.

La chute quotidienne est variable, mais faible : une dizaine à une vingtaine de cheveux par jour. Le taux de la dépilation est *inviduel*. Ce chiffre est en rapport avec l'importance de la chevelure, la longueur et la rapidité de croissance des cheveux.

La dépilation varie chez les malades dans de grandes limites. Certaines chevelures s'appauvrissent avec une dépilation relativement faible (30 à 40 cheveux par jour).

Certains cuirs chevelus paraissent avoir un pouvoir trichogène considérable. Une de nos malades (Obs. 2) eut pendant près de deux ans une chute quotidienne de 200 à 300 cheveux. Cette chute a atteint 1.020 cheveux

soigneusement comptés, le jour d'un lavage de tête. Malgré cette dépilation abondante, la chevelure a peu diminué et reste stationnaire depuis plusieurs mois.

Les cheveux qui tombent sont habituellement les plus longs, ceux qui ont atteint la fin de leur croissance; mais il n'est pas rare d'observer parmi eux des cheveux grêles, de moindre calibre, n'ayant pas atteint le terme de leur évolution, « cheveux à pointe » de Pincus.

L'extrémité périphérique est fréquemment bifurquée, fourchue et trichoptilosée.

Les interventions extérieures: manipulations de toilette, lavages, brossage, massage, modifient de façon plus ou moins importante le taux de la dépilation.

L'influence de ces différentes manœuvres sur le cours de la dépilation sera envisagée à propos de chacune d'elles et a été particulièrement étudiée chez deux malades (Obs. 1 et 2).

Il n'est pas rare que la dépilation ne s'installe pas d'emblée, et qu'elle se manifeste auparavant par des dépilations passagères à certaines périodes de l'année ou à la suite de certains phénomènes physiologiques ou pathologiques (accouchement, interventions chirurgicales, ménopause).

Influences saisonnières. Mues vernales et automnales. — Les changements de saison, jusqu'alors inefficients sur la dépilation, deviennent perceptibles et les cheveux tombent soit au printemps, soit à l'automne. J'ai recherché si les malades avaient souvenance d'exagération dans leur dépilation à ces deux changements de saison; j'ai contrôlé minutieusement la dépilation, pen-

dant les changements de saison de 1910 et de 1911; je n'ai constaté qu'exceptionnellement des mues *vernales* et rarement des mues *automnales*.

Mues vernales. — Sur 70 malades interrogés à ce sujet, j'ai noté 4 fois une augmentation de la dépilation au printemps (mars-avril) (1). Une autre malade a constaté qu'à cette époque, sa chevelure s'épaississait par pousse de poils nouveaux, sans qu'il y ait une chute plus importante. Dans les deux courbes de dépilation que j'étudie plus loin, l'influence du printemps a été peu perceptible.

Mues automnales. — La dépilation était plus importante pendant l'automne (fin septembre et octobre) chez 8 malades; 3 de ces malades ne présentaient qu'une accentuation légère de la chute.

Les deux mues existaient chez 3 malades. Les deux premiers n'étaient soumis au printemps et à l'automne qu'à une légère augmentation de leur dépilation, beaucoup plus importante pendant l'été. Chez la troisième malade, la mue vernale était plus importante que la mue automnale.

Influence de la saison chaude. — L'influence des chaleurs de l'été est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus manifeste.

1. M. Jacquet comme d'ailleurs M. Brocq, attachait aux mues vernales et automnales, analogues aux mues animales, une grande importance, et c'est dans l'étude de la dépilation un des points que M. Jacquet m'a engagé à contrôler. On voit que de cette enquête ressort une atténuation à la fréquence et à l'importance attachées à ces mues saisonnières. Sabouraud par contre a constaté la prédominance de la mue estivo-automnale.

Dans le groupe des 70 malades rapporté plus haut, 19 malades accusaient une dépilation plus forte pendant la période des mois chauds (juillet, août, septembre) fréquemment avec une augmentation parallèle des symptômes concomitants : séborrhée, hyperidrose, prurit.

Dans un cas, cette dépilation atteignait le triple de la dépilation normale.

De plus, la dépilation débute fréquemment pendant la saison chaude ou à la fin de cette saison. Il en était ainsi chez 7 malades, 4 sont parmi ceux dont je rapporte l'observation (Obs. 5, 6, 14, 16). A la fin de l'été de 1911, qui fut remarquable par sa sécheresse et les températures élevées qui ont été constatées, j'ai observé plusieurs dépilations dont les premiers symptômes ont coïncidé avec ces périodes de chaleurs excessives.

Séjour au bord de la mer. — Peu de mes malades ont séjourné au bord de la mer. La dépilation s'est montrée chez quelques-uns plus forte au moment même du séjour, chez d'autres l'augmentation a été surtout manifeste après le retour, chez plusieurs enfin la dépilation n'a pas été influencée. La durée du séjour, l'usage des bains et la protection plus ou moins complète de la chevelure doivent expliquer ces différences.

Mues menstruelles. — J'ai recherché l'existence des mues menstruelles, en pesant les cheveux en série chez des malades ayant des troubles menstruels (Obs. 2, courbe de dépilation 2), ainsi que chez des malades à menstruation normale (Obs. 1, courbe de dépilation 1). Je n'ai rien constaté qui puisse mériter le nom de mue menstruelle. Plusieurs fois la séborrhée était plus impor-

tante au moment des règles (Obs. 1), sans qu'il y ait une augmentation *appréciable* de la dépilation.

Dépilation dans les maladies infectieuses. — J'ai observé plusieurs cas de dépilation à la suite de maladies infectieuses, 3 cas après la rougeole, 1 après la typhoïde, 2 après l'érysipèle.

Je rapporte plus loin un cas de dépilation post-érysipélateuse (Obs. 17). La dépilation atteint son maximum deux à trois mois après l'affection, mais débute fréquemment plus tôt. Je l'ai vue débuter dix jours après un érysipèle du cuir chevelu (Obs. 17), trois semaines après une rougeole dans un cas, et un mois et demi dans un autre. La dépilation est particulièrement intense au troisième mois. Elle fut pendant plus de quinze jours de 1 gramme à 1 gr. 50 dans un cas de dépilation après rougeole et s'éleva à 7 gr. 6 le jour du lavage de quinzaine (1).

Tuberculose. — Quatre malades présentaient des signes de tuberculose pulmonaire.

La première malade, âgée de 23 ans, avait eu deux ans auparavant une hémoptysie légère ; depuis, les cheveux tombaient peu. Au mois de juillet 1910, nouvelle hémoptysie importante, qui provoqua un violent *choc moral*. Après huit jours de séjour au lit, au moment de la première toilette, les cheveux tombèrent abondamment et la dépilation a progressé jusqu'au jour où cette malade vint nous consulter. Il y avait en même temps

1. La dépilation de cette journée emplissait un sac d'un demi-décimètre cube.

une vive dermalgie et une importante hyperémie congestive avec érythrose passive.

Chez la deuxième malade, âgée de 34 ans, la dépilation apparut, en même temps que la tuberculose, à la suite de grands revers de fortune et d'ennuis. Elle s'accentua au cours de l'évolution de la tuberculose, et se poursuivit après la guérison de cette affection, sous l'influence d'autres troubles organiques.

Chez la troisième malade, âgée de 18 ans, surmenée, anémique et sujette à des vertiges, la tuberculose jusque-là latente, se manifesta un an environ après l'apparition d'une dépilation diffuse.

La dépilation diffuse apparut chez le quatrième malade, âgé de 19 ans (Obs. 20), quelques mois après le développement d'une tuberculose pulmonaire. Il y avait en même temps excès sexuels (1).

Dépilation par phtiriase. — L. Jacquet a le premier fait remarquer que la phtiriase peut être cause de dépilation. Les grattages provoqués par le cheminement des parasites, excitent la prolifération des follicules pileux et hâtent la chute des poils caducs.

J'ai observé cinq cas de dépilation par phtiriase et

1. Les rapports de la tuberculose et du système pileux en général, de la chevelure en particulier, mériteraient d'être élucidés : *Vir pilosus seu fortis seu libidinosus seu tuberculosus* dit l'adage latin. Mais en est-il ainsi jusqu'à la période terminale ?

Les enfants qui naissent avec un système pileux abondant, seraient, d'après le Dr Doillon, plus aptes à contracter la tuberculose.

j'en rapporte deux observations (Obs. 18 et 19). La dépilation ne s'est produite que quelques semaines après l'invasion parasitaire. Le prurit précédait la dépilation d'une semaine dans l'observation 18, de plusieurs semaines dans l'observation 19.

Hémi-dépilation (1). — J'ai observé trois cas de dépilation diffuse à maximum unilatéral. Une malade avait eu quatre ans auparavant un érysipèle de la face et du cuir chevelu du côté droit, elle présentait des lésions dentaires du côté droit; le prurit, le pityriasis et la dépilation étaient plus importants de ce côté.

Dépilation quotidienne :	Côté droit.	Côté gauche.
5 août 1910	0 gr. 125	0 gr. 10
8 août 1910	0 gr. 07	0 gr. 05

La chevelure était plus faible du côté droit de 1/4 ou de 1/5.

Une deuxième malade souffrait de violentes névralgies dentaires et oculaires du côté gauche. Elle présenta pendant plusieurs jours une hémi-dépilation gauche, à la suite d'une application de menthol chloroformé faite par vaporisation.

Au début, la dépilation de M^me^ X (Obs. 1) était une dépilation diffuse à léger maximum unilatéral gauche.

1. L. Jacquet et Cramer ont rapporté une observation de dépilation diffuse unilatérale consécutive à des lésions dentaires et suivie de guérison à la suite de la cure dentaire. L. Jacquet et Cramer. *Essai sur les réactions organiques d'origine gingivo-dentaire.* Comptes rendus du 1^er^ Congrès français de stomatologie, 1907, p. 67.

Dépilations localisées. — La dépilation était particulièrement localisée à la nuque chez deux malades, l'une avait des lésions dentaires bilatérales et souffrait depuis un an et demi de violentes névralgies plus fréquentes du côté droit.

La malade de l'observation 1 présenta deux zones successives de dépilation diffuse, bilatérales et presque symétriques au niveau des régions pariéto-occipitales droite et gauche. Des lésions dentaires bilatérales (8 HG et 4 HG à l'état de racine ; 8 HD, racine atteinte d'arthrite douloureuse) furent constatées trois mois environ avant l'apparition de ces plaques. On fit la cure dentaire. La dépilation fut observé pendant un an et demi. Au niveau de ces plaques la mue pilaire fut totale, sans qu'il y ait jamais eu d'aire glabre, et actuellement ces plaques, de l'étendue d'une paume de main sont garnies exclusivement de cheveux jeunes et entourées d'une couronne de cheveux anciens et longs.

Dépilation diffuse et pelade. — J'ai observé une malade présentant à la fois une dépilation diffuse et des plaques de pelade.

D'après les renseignements fournis par cette malade, ces deux modes de dépilation se manifestèrent de la façon suivante :

1903. — Premier accouchement, suivi de dépilation diffuse peu importante.

23 septembre 1905. — Deuxième accouchement. Une large plaque de pelade est constatée au sinciput au mois de mars 1906. M^me^ B... a souffert à cette époque de névralgies. Nombreuses lésions dentaires.

La repousse a été constatée sur la plaque de pelade au bout de dix-huit mois (septembre 1908).

25 décembre 1909. — Troisième accouchement. Hémorragie de la délivrance.

Pendant deux mois après l'accouchement, cette dame est très bien portante et sa chevelure paraît épaissir.

Mars 1910. — M^me^ B... est fatiguée par l'allaitement. La miction est douloureuse.

Apparition d'une dépilation diffuse au sinciput, autour de l'ancienne plaque de pelade. Les cheveux tombent « à pleins peignes ». Peu après on constate à la nuque deux nouvelles plaques de pelade.

Grossesse et accouchement. — Je n'ai pu jusqu'à présent observer *l'influence de la grossesse;* mais interrogées sur leurs antécédents, certaines de nos malades m'ont appris qu'elles avaient eu, après leurs couches, une dépilation passagère, alors que chez d'autres la dépilation s'est installée d'une façon définitive après un accouchement (1) (Obs. 1, 12, 13, 21).

La dépilation était importante deux mois et demi environ après l'accouchement.

Par contre, chez les femmes qui jouissaient d'une bonne santé pendant leur grossesse, la chevelure devenait fréquemment plus épaisse et plus fournie.

Ménopause. — J'ai observé deux cas de dépilation au

1. Marie-Antoinette, à la suite de ses couches, perdit en grande partie son abondante chevelure; ce qui l'incita à changer la mode de la coiffure, et lui fit adopter une coiffure plate, ne nécessitant que peu de cheveux, qu'on appela la *coiffure à l'enfant.*

moment de l'établissement de la ménopause, accompagnée de phénomènes généraux très marqués : bouffées de chaleur, vertiges, migraines, crises sudorales. Chez l'une de ces malades la ménopause avait été artificiellement provoquée par la stérilisation ovarienne.

Interventions chirurgicales. — La dépilation s'est manifestée dans un cas trois ou quatre jours après une opération pour plaie de poitrine par arme à feu.

J'ai observé la dépilation deux mois et demi après ovariotomie double ; deux fois la dépilation fit défaut après la même opération ou n'apparut que plusieurs années après.

Dépilation d'autres régions pileuses. — La dépilation des sourcils a été constatée chez trois malades (Obs. 1, 3, 4) et celle des cils chez un malade (Obs. 4). Cette chute ne fut que passagère et fut améliorée en même temps que la dépilation.

Dépilation et état général. — Les partisans de la théorie microbienne refusent toute importance à l'*état général* du sujet dans la genèse des dépilations dites *spontanées*. Constatant le vague et l'imprécision de cette dénomination d' « état général » je me suis efforcé, à l'exemple de mon maître le Dr Jacquet, d'en dissocier et d'en examiner les différents facteurs, et j'ai recherché quels étaient les principales viciations d'hygiène et les troubles organiques de nos malades au moment de l'apparition de la dépilation.

Les résultats de ces recherches sont rapportés dans le tableau suivant :

Nos des obs.	DÉSIGNATION des malades	VICIATIONS digestives	TROUBLES digestifs	TROUBLES génitaux	TROUBLES nerveux. Surmenage	VICIATIONS et TROUBLES divers	TROUBLES réactionnels du cuir chevelu et dépilation
1	Mme X., 37 ans.	Anciennes.	Depuis 15 ans.	Accouchement et métrite il y a 15 ans Dysmén.	Néant	Néant	Séborrh. ancienne, dépilation depuis 15 ans.
2	Mme B., 40 ans.	Anciennes.	Depuis 5 ans.	Métrite, annexite dep. 5 ans, dern. poussée il y a un an.	Ennuis, surmenage.	»	Prurit et dépilation depuis un an.
3	M. D., 20 ans...	Anciennes.	Anciens.	Onanisme.	Néant	»	Séborr. post-pubér., dépilation depuis 2 ans 1/2-3 ans.
4	M. D., 21 ans....	Depuis 15 mois.	Depuis 15 mois.	Néant	»	Sédentarité et confinement depuis 15 mois.	Dépilation depuis un an.
5	M. K., 28 a. 1/2.	Anciennes.	Dep. 2 ans, crise dyspept. et gastral. en juill. 1909	»	Ennuis, surmenage.	Irrit. extérieure.	Dépilation depuis août 1909.
6	Mlle B., 18 ans.	Anciennes (partiellement corrigées).	Anciens.	Dysménorr. avec période récente d'aménorrhée.	Ennuis.	Néant	Séborrh. dep. 2 ans, dépilat. récente.
7	Mlle H., 25 ans.	Anciennes.	Anciens.	Dysménorrhée.	Néant	»	Séborr. anc., dépil. dep. 2 à 3 ans.

Nos des obs.	DÉSIGNATION des malades	VICIATIONS digestives	TROUBLES digestifs	TROUBLES génitaux	TROUBLES nerveux. Surmenage	VICIATIONS et TROUBLES divers	TROUBLES réactionnels du cuir chevelu et dépilation
8	Mlle Bl., 21 ans.	Anciennes, plus importantes depuis 1 an.	Anciens.	»	Migraines quotidiennes depuis 10 mois.	Sédentarité, confinement, obésité dep. 1 an.	Dépilation depuis 9 mois.
9	Mlle B., 16 ans.	Anciennes.	Néant	Ménorragies.	Néant	Néant	Séborr. dep. la pub., dépil. 6 mois après.
10	Mme G., 23 ans	Depuis 1 an.	»	Dysménorrhée.	Surmenage, veilles, ennuis depuis 1 an.	»	Pr. derm. séb pityr. depuis 8 mois. Hyperidr. estivale, dépil dep. 8 mois.
11	M. R., 24 ans...	Anciennes.	»	Excès sexuels.	Migraines.	Obésité, troubles de l'accommodation.	Prurit dep. 10 ans, séborr. hyperid. dep. 8 ans, dépil. depuis 7 ans.
12	Mme D., 25 ans.	Anciennes.	»	Dysmén., accouchem. il y a 6 ans.	Néant	Obésité.	Dépilation depuis 6 ans.
13	Mme D., 30 ans.	Anciennes.	»	Accouchement il y a 7 ans.	»	Néant	Dépilat. ancienne, augm. dep. 7 ans.
14	Mme Bl., 35 ans.	Anciennes.	»	Ménorragies.	»	Palud. dep. 6 ans, chang. de clim. et de genre de vie dep. 18 m.	Pityr. depuis un an, prurit et dépilat. peu après.

Nos des obs.	DÉSIGNATION des malades	VICIATIONS digestives	TROUBLES digestifs	TROUBLES génitaux	TROUBLES nerveux. Surmenage	VICIATIONS et TROUBLES divers	TROUBLES réactionnels du cuir chevelu et dépilation
15	Mlle B., 32 ans.	Anciennes, accentuées dep. 5 ans.	Depuis 4-5 ans, entérite, crise appendicul. il y a 9 mois.	»	Préoccupations ennuis.	»	Pityr. simple depuis 5-6 ans, pityr. stéatoïde dep 3-4 ans, dépil. dep. 2-3 ans.
16	M. W., 23 ans..	Anciennes.	Anciens.	»	Surmenage en *juillet 1910.*	»	Dépilation depuis *juillet 1910*
17	Mlle S., 29 ans.	Anciennes.	Anciens.	»	Ennuis, chagrins de juillet à novembre 1909.	Erysipèle (nov. 1909).	Séborr. lég. dep. 2-3 ans, dépil. lég. intermitt, dépilat diffuse fin déc. 1909 (1 m. apr. l'érys.).
18	Mlle R., 11 ans.	Néant	Néant	»	Néant	Coryza chroniq., phtir., confinem.	Prurit dep. 3 sem, dépil. dep. 15 j.
19	Mme F., 23 ans.	Anciennes.	Anciens.	»	»	Phtiriase depuis 3 mois.	Dépil. lég. anc., prurit dep. 3 m., dépil. int. depuis 1 mois.
20	M. P., 19 ans...	Anciennes.	Néant	Excès sexuels périodiques.	»	Tubercul. pulm. depuis 2 ans.	Dépil. dep. 1 an 1/2 à 2 ans.
21	Mme T., 35 ans.	Anciennes.	Anciens.	Accouchement il y a trois ans.	Ennuis, surmenage depuis un an et demi.	Troubles de l'accommodation.	Séborrh. accentuée depuis 4 à 5 ans, dépil. lég. depuis 5 ou 6 ans, plus forte dep. 3 ans.

La dépilation peut apparaître de façon rapide, en même temps que tous les autres symptômes du cuir chevelu, l'ensemble constituant un véritable *syndrome*. Il en était ainsi dans trois observations et dans le cas publié par L. Jacquet. Dans l'observation 10 le cortège complet des troubles sensitifs, cutanés et glandulaires avait été constaté par cette malade en même temps que sa dépilation. Il y avait eu un an auparavant changement complet du genre de vie, un grand surmenage, des ennuis importants ; de mauvaises habitudes d'alimentation avaient été contractées. Le syndrome dépilant apparut quatre mois après la réalisation de ces mauvaises conditions hygiéniques.

Le plus souvent les troubles sensitifs, cutanés et glandulaires précèdent de beaucoup la dépilation. Ainsi (Obs. 11), le prurit remonte à dix ans, la séborrhée et l'hyperidrose se sont manifestées il y a huit ans, la dépilation il y a sept ans.

L. Jacquet insiste beaucoup sur ce fait que l'apparition successive des divers troubles formant syndrome a lieu suivent une hiérarchie chronologique déterminée et qu'il existe une sorte de diagramme identique dans l'évolution et dans l'involution. D'après lui, l'ordre chronologique de cette hiérarchie est le suivant : prurit, hyperidrose, dermalgie, pityriasis, séborrhée, dépilation.

De l'examen de plusieurs cas, où l'apparition des symptômes connexes s'est faite successivement, voici quel serait le diagramme évolutif des troubles du cuir chevelu.

En premier lieu s'exagère la desquamation cutanée (pityriasis simplex), peu après apparaissent les troubles sensitifs, tout d'abord le prurit, puis la dermalgie.

Le pityriasis simplex peut devenir stéatoïde et être suivi de dépilation. Plus souvent apparaissent la séborrhée et l'hyperidrose et en dernier lieu la dépilation.

Le tableau suivant résume l'évolution habituelle, mais non constante des réactions du cuir chevelu accompagnant la dépilation.

Diagramme d'apparition des symptômes du cuir chevelu et de la dépilation

1. Pityriasis simplex.
2. Prurit.
3. Hyperesthésie et dermalgie.

4. Pityriasis stéatoïde.	4. Séborrhée.
5. Dépilation.	5. Hyperidrose.
	6. Dépilation.

L'érythrose du cuir chevelu, que je crois avoir été le premier à constater et à étudier (voir page 91), et les *crises thermiques* s'associent de façon fréquente aux autres éléments constituants du syndrome dépilant. La dépilation en particulier persiste, dans ces cas, tant que dure le déséquilibre vasculaire.

Ce tableau vaut non seulement pour les cas où le

cortège symptomatique de la dépilation est complet, mais aussi pour ceux où plusieurs symptômes font défaut et doivent être rayés du tableau.

Ce diagramme s'applique aussi aux dépilations consécutives aux maladies infectieuses, où préexistent fréquemment quelques troubles glandulaires (Obs. 17, dépilation postérysipélateuse. séborrhée depuis 2 à 3 ans), ou desquamatifs, et aux dépilations par phtiriase où le prurit précède habituellement la dépilation (d'une semaine Obs. 18, de deux mois, Obs. 19).

Disons aussi dès maintenant comme M. L. Jacquet l'a remarqué que l'ordre de disparition de ces différents symptômes et de la dépilation, à la suite du traitement biothérapique est souvent déterminé et sensiblement le même que celui de leur apparition.

Courbes de dépilation. — J'ai établi, sur les conseils de M. L. Jacquet, par pesées, des courbes de dépilation chez plusieurs de mes malades traités.

Les malades doivent être dressés de telle sorte que la toilette et les diverses manipulations du cuir chevelu : lavages, brossage, soient faites de façon identique, et que la dépilation consécutive, eu égard au seul facteur *extérieur*, soit à peu près *constante*. Les influences traumatisantes sur le cheveu, telles que la frisure, doivent être évitées.

Les courbes de dépilation chez les malades jeunes, atteints de dépilation récente, et soumis à la biothérapie, montrent une baisse régulière et rapide de la dépilation.

Chez les malades âgés, à dépilation très ancienne,

les courbes sont plus instructives. La dépilation, plus difficilement curable, se poursuit encore pendant un temps assez long, pendant lequel elle reste soumise aux différents troubles organiques intercurrents. On peut aussi sur ces malades employer jusqu'à l'épuisement et, de façon successive, toute la gamme des différentes corrections biothérapiques et les différents moyens kinési — et même chimiothérapiques, en laissant à chacun de ces moyens le temps d'exercer son action.

Si ces cas ne sont pas les plus favorables et les plus brillants pour le médecin, ils sont les plus démonstratifs pour l'étude de la dépilation et de son évolution parallèlement aux troubles organiques et aux interventions thérapeutiques.

Je rapporterai ici, en les commentant de façon sommaire, deux seulement de ces courbes. La dépilation de ces malades était importante, ancienne et elle fut observée durant deux années. On trouvera dans les observations 1 et 2, le détail des faits se rapportant à ces deux courbes.

Courbe de dépilation n° 1 (Obs. 1). Dépilation hebdomadaire.
(décembre 1909 — février 1912)

Les périodes menstruelles sont désignées par la lettre R. Le chiffre 0 (zéro) correspond à une suspension momentanée de la menstruation (octobre 1911).

Les signes de la ligne inférieure correspondent aux différents troubles de la santé (les infections grippales n'ont pas été notées sur le tableau).

0. 0. 0. 0. Emotions violentes, frayeurs.

0 0 0 Extractions dentaires.

0 0 0 0 0 Sciatique variqueuse.

Les signes de la ligne moyenne correspondent aux divers traitements kinésithérapiques employés.

Massage.

Massage et auto-mobilisation.

Brossage.

Les signes de la ligne supérieure correspondent aux lavages et lotions employées.

Ether de pétrole en application quotidienne.

Ether de pétrole appliqué tous les deux jours.

Ether de pétrole tous les deux jours et lotion soufrée tous les deux jours alternant régulièrement.

Lotion éthéro-alcoolique simple.

Lotion éthéro-alcoolique complexe.

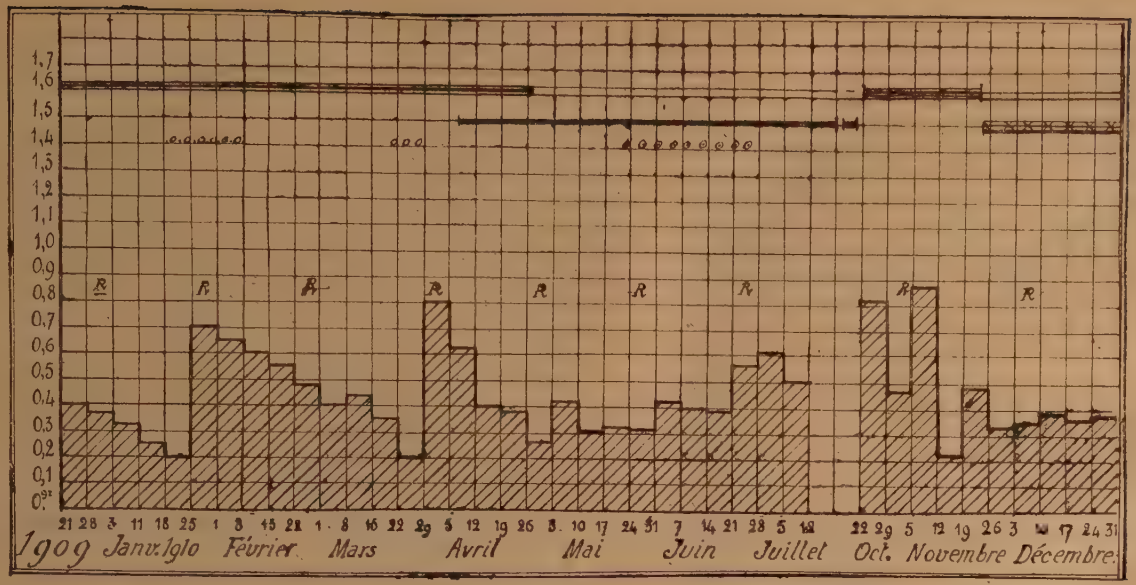

FIG. 1. — Courbe de dépilation n° 1 (*1re partie*). — Observation 1.
Dépilation hebdomadaire.

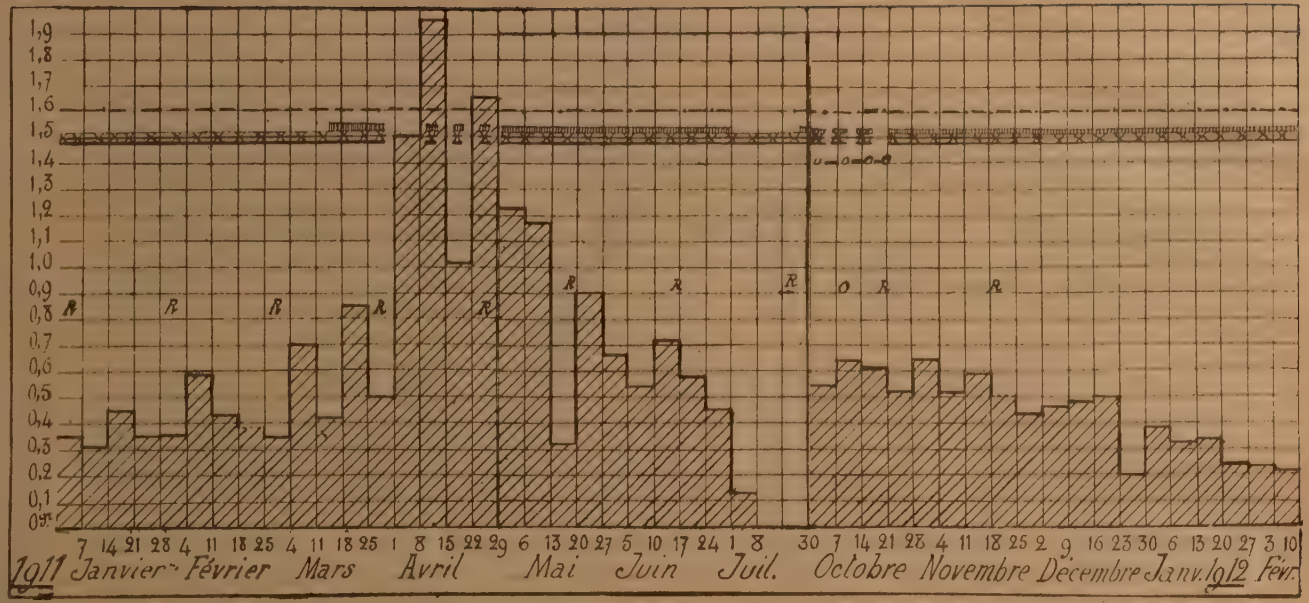

Fig. 2. — Courbe de dépilation n° 1 (*2e partie*). — Observation 1.
Dépilation hebdomadaire.

Résumé des principaux faits se rapportant à la courbe de dépilation n° 1.

16 *décembre* 1909. — Début du traitement biothérapique ; décroissance régulière de la dépilation.

A partir du 18 *janvier* 1910 pendant trois semaines, émotions et vives frayeurs provoquées par les inondations de la Seine, qui atteignirent l'habitation de Mme X.

Première ascension brusque de la dépilation du 25 janvier au 8 février, puis décroissance régulière.

Du 20 *au* 27 *mars.* — Trois extractions dentaires, quelques troubles digestifs (26 mars).

Deuxième ascension brusque du 29 mars au 5 avril, puis décroissance.

A partir du 7 *avril.* — Massage du cuir chevelu.

Du 20 *au* 28 *mai.* — Sciatique variqueuse, dont la durée s'étend jusqu'à la fin du mois de juin.

Début de la *période des chaleurs* (juin-juillet).

Troisième ascension lente, du 31 mai à fin juillet.

Août. — *Vacances ;* abandon partiel du traitement ; suralimentation, écarts de régime; engraissement.

Traitement soufré du 21 octobre au 22 novembre.

La dépilation, encore élevée, est irrégulière.

24 *novembre.* — Reprise du traitement bio-kinétique.

La dépilation est faible.

1911. — Quelques troubles digestifs du 1er au 8 janvier et du 1er au 15 février.

Petites ascensions de la dépilation du 14 au 21 janvier et du 4 au 11 février.

Mars. — Laryngo-trachéite.

Brossage du cuir chevelu depuis le 14 mars.

La dépilation augmente rapidement et de façon importante jusqu'à fin mai; décroissance en juin et juillet. Malgré les fortes chaleurs de l'été, la dépilation est relativement faible.

Octobre. — Inquiétudes et ennuis au sujet d'une suspension de règles. Surmenage, grippe.

La dépilation élevée, décroît peu à peu les mois suivants.

Février 1912. — Très bon état général. Etat local satisfaisant. La dépilation est très faible.

La *courbe de repousse* relative à cette observation, qui serait des plus intéressantes à établir, doit être opposée à la courbe de dépilation.

D'une manière générale, la repousse, nulle au début du traitement, augmenta de plus en plus, et, actuellement, plusieurs régions du cuir chevelu : le sinciput dans ses trois quarts antérieurs et les deux zones pariéto-occipitales sont couvertes exclusivement de cheveux jeunes et solides.

Courbe de dépilation n° 2 (Obs. 2).
(8 janvier 1910-11 février 1912).

Dépilation quotidienne (avril 1910-juin 1911).
Dépilation hebdomadaire (juin 1911-février 1912) (1).

Influence des lavages du cuir chevelu.

Périodes de règles. *A partir du 14 août 1911, Suppression de la fonction menstruelle.*

Massage du cuir chevelu.

Mobilisation passive.

Massage et mobilisation passive.

Période de suppression des lavages.

Traitement cadique.

Lotion sulfureuse.

Lotion résorcinée salicylée.

Lotion goudronneuse faible.

Les lavages correspondent aux barres verticales.

Un trait vertical les surmonte dans la première partie du tableau, qui donne la dépilation journalière.

1. Pendant cette deuxième période, la dépilation a été recueillie et évaluée hebdomadairement ; mais pour permettre une comparaison avec la première partie du tableau, c'est la *dépilation quotidienne moyenne* qui a été représentée.

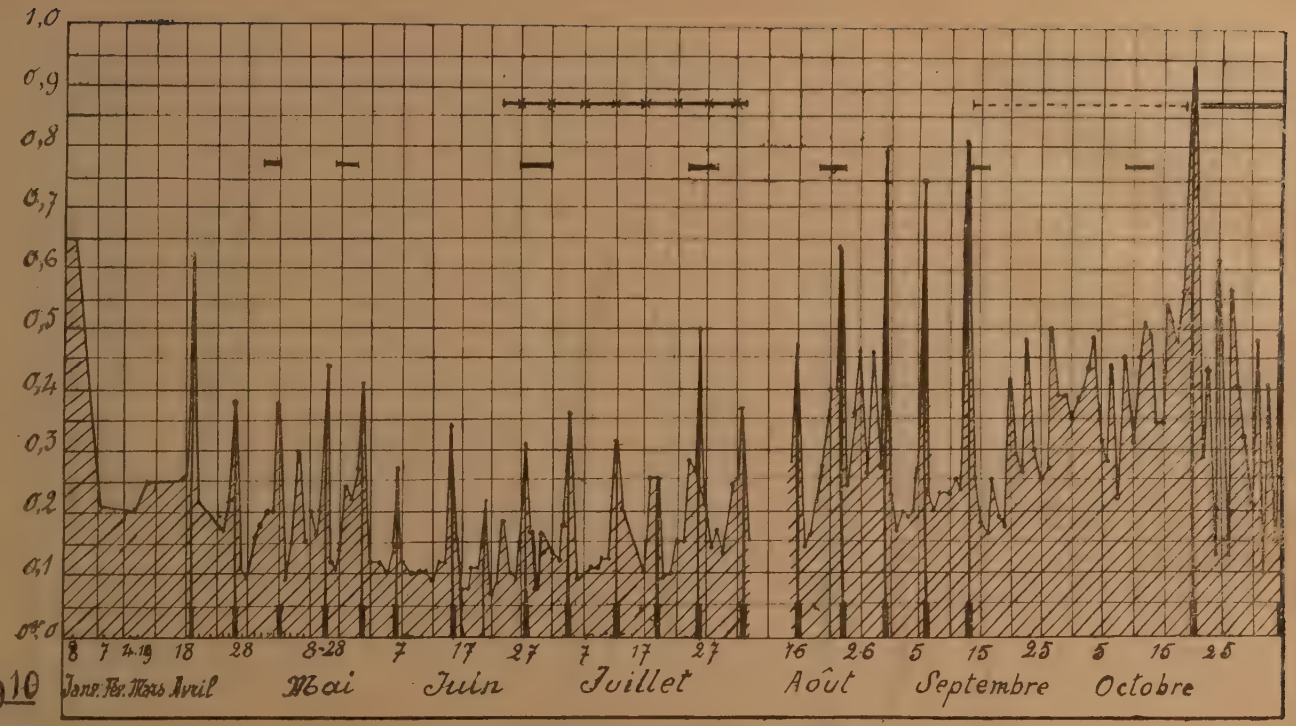

Fig. 3. Courbe de dépilation n° 2 (*1re partie*). — Observation 2.
Dépilation quotidienne (17 avril-3 novembre 1910).

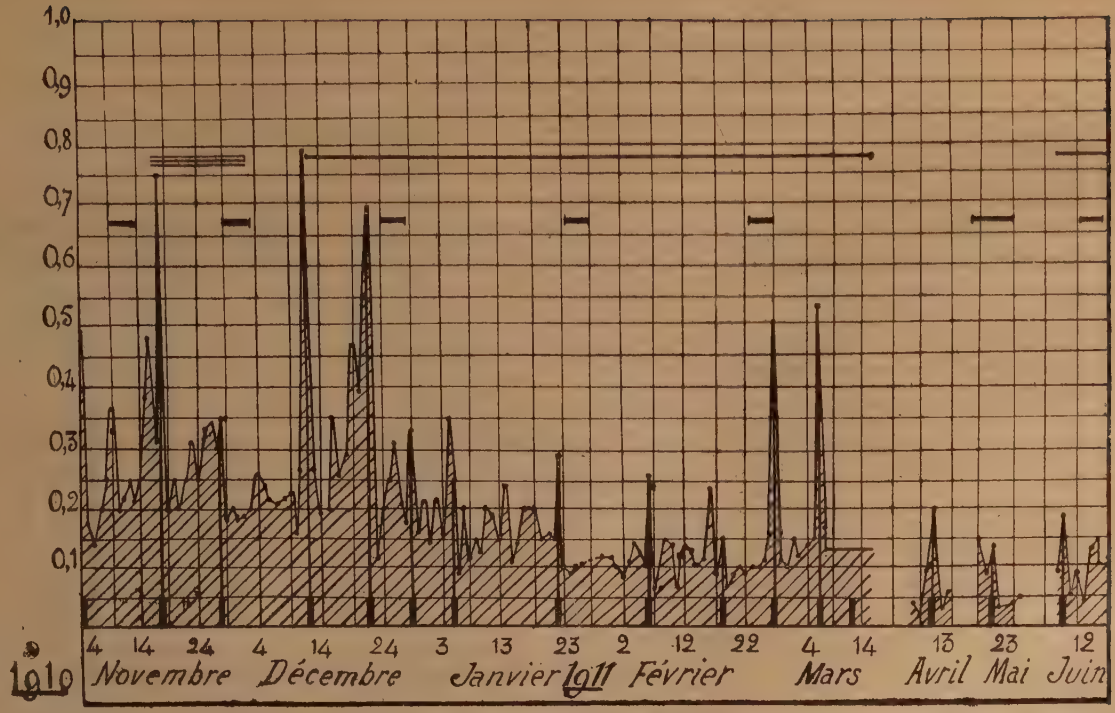

Fig. 4. Courbe de dépilation n° 2 (*2e partie*). — Observation 2.
Dépilation quotidienne (4 novembre 1910-18 juin 1911).

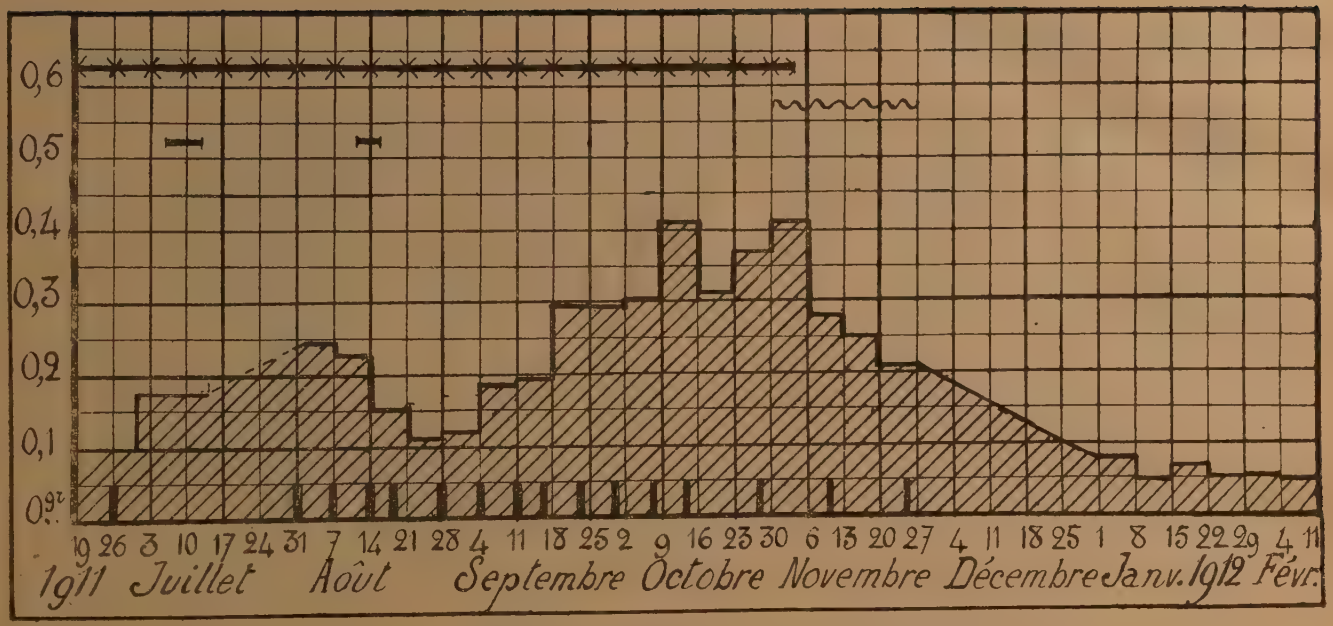

Fig. 5. Courbe de dépilation n° 2 (*3e partie*). — Observation 2.
Dépilation hebdomadaire. — Moyenne quotidienne. (19 juin 1911-11 février 1912).

Résumé des principaux faits se rapportant à la courbe de dépilation n° 2.

6 *janvier* 1910. — Début du traitement biothérapique.

L'ataraxie digestive obtenue pendant les mois de *janvier et février* fait régresser les troubles digestifs et diminuer des deux tiers la dépilation.

Mars-avril. — Troubles menstruels. Ennuis importants et prolongés. Grippe. La dépilation devient un peu plus forte.

Irritations dentaires (extractions). Névralgie rhumatismale cervicale droite d'origine dentaire.

Mai-15 *juin.* — Troubles digestifs malgré un régime alimentaire sévère (régime végétarien). Surmenage physique.

La dépilation bien que très diminuée, reste encore élevée.

15 *juin*-31 *juillet.* — Métrite. Symptômes nerveux d'origine génitale (douleurs coccygienne, fessière et fémorale).

Intervention du massage du cuir chevelu depuis la fin du mois de juin jusqu'à fin juillet.

Grande amélioration des symptômes sensitifs et du pityriasis. Peu de modification de la dépilation.

Août-15 *septembre.* — Persistance de la métrite et des phénomènes nerveux, réapparition de quelques symptômes sensitifs légers ; augmentation de la dépilation.

15 *septembre*-20 *octobre.* — Persistance des troubles génitaux et d'origine génitale, *suppression des lavages*

du cuir chevelu ; augmentation de la dermalgie et de la dépilation.

20 *octobre-4 novembre.* — Même état général. Traitement cadique tous les deux jours.

Dépilation un peu moindre, modification du rythme de la dépilation, plus importante le jour de la friction éthéro-alcoolique de dégraissage.

4 *novembre-2 décembre.* — Troubles menstruels moins accusés, disparition des phénomènes douloureux et nerveux à distance.

Du 17 novembre au 2 décembre, lotion à base de polysulfure de potassium.

Les phénomènes réactionnels du cuir chevelu et la dépilation diminuent.

Décembre. — Troubles digestifs et dyspepsie nerveuse pendant tout le mois.

A partir du 12 décembre, mobilisation du cuir chevelu pendant 4 à 5 minutes chaque jour.

A partir du 26 décembre, lotion résorcinée salicylée.

Dépilation un peu plus forte.

1er-20 *janvier* 1911. — Amélioration digestive.

La dépilation est en diminution importante.

20 *janvier-février.* — Troubles digestifs et génitaux depuis le 20 janvier. Troubles de calorification. La lotion est suspendue le 2 février, la mobilisation est continuée.

La dépilation, faible dans l'ensemble, augmente légèrement à la fin du mois de février.

Mars. — Les troubles digestifs et génitaux s'atténuent à la fin de ce mois, de même la dépilation. Mme B...

suspend la mobilisation et ne pratique plus, comme soin local qu'un lavage hebdomadaire.

Avril. — Très bon état à tous égards. La chute des cheveux étant très faible depuis quatre mois, Mme B..., est considérée comme guérie de sa dépilation.

Mai. — Réapparition de troubles menstruels, plus intenses qu'auparavant.

Juin. — Un traitement radiothérapique des ménorragies est institué (stérilisation ovarienne).

La dépilation reste faible.

Du 23 au 24 juin, crise hémorroïdaire, à la suite d'une période de constipation.

Quelques troubles menstruels ; reprise de la mobilisation passive le 7 juin et du massage le 26 juin.

Du 1er au 15 juillet séjour au bord de la mer.

La dépilation est un peu plus forte.

Du 15 août au 15 octobre, symptômes nerveux très accusés d'une ménopause brusque.

Disparition des ménorragies, des douleurs irradiées abdomino-pelviennes et des sensations gastriques d'origine génitale.

Augmentation de la dépilation depuis un mois et demi.

15 octobre-15 novembre. — Les troubles de la ménopause ont diminué, puis disparu. Une lotion de nettoyage est employée.

La dépilation commence à décroître.

Janvier 1912. — Très bon état général. Etat de santé inconnu jusqu'alors. Disparition de tous les symptômes réactionnels du cuir chevelu. Décroissance importante

de la dépilation. Mme B... perd moins de cheveux en une semaine qu'autrefois pendant un jour.

29 *février*. — La guérison persiste. La dépilation est très faible, normale.

La chevelure s'épaissit.

2° **Modifications dans la consistance du cuir chevelu.**

A l'état normal, le cuir chevelu est souple et élastique, mobile sur les plans sous-jacents.

Neuf de nos malades présentaient une consistance anormale du cuir chevelu.

L'hypotonie a été constatée chez 4 malades (Obs. 5, 9, 17, 20), dans l'observation 17 il y avait des zones limitées d'hypotonie, qui étaient le siège d'hyperesthésie, et d'une dépilation plus marquée. On voit à quel point ces faits sont intéressants comme faits de passage des dépilations diffuses partielles à la dépilation en aires, à la pelade.

Le cuir chevelu était empâté et inélastique chez 4 malades (Obs. 1, 3, 15, 21).

Une malade présentait une consistance inégale suivant les régions, des zones d'hypotonie existant à côté de zones empâtées et inélastiques, ces dernières étant prédominantes (Obs. 2).

Souplesse et élasticité. — Les cheveux « s'affaissaient » chez plusieurs malades, rendant difficile tout artifice de coiffure (Obs. 9, 13, 15).

3° Modifications dans la circulation

Erythrose du cuir chevelu.- Crises thermiques.

Le cuir chevelu est le siège de congestions locales, reconnaissables à l'élévation de température et à la coloration rosée de la peau : *érythrose du cuir chevelu.* Cette érythrose, comparable à l'érythrose faciale, bien que plus discrète, est mise facilement en évidence par le plissement de la peau du cuir chevelu, et je propose de donner à la constatation de ce signe le nom d'*érythrose provoquée* ou d'*érythrose passive.*

A la suite des constatations faites par plusieurs malades accusant une sensation de chaleur ou même « d'ébullition » au niveau du sinciput, M. L. Jacquet, pressentant l'existence et l'importance des crises thermiques, nous en conseilla l'étude.

Pour en prendre une notion exacte et précise, il faut d'abord déterminer quelle est la température normale du cuir chevelu.

A l'état normal, le cuir chevelu donne, à l'imposition de la main, une sensation de fraîcheur, comparable à celle de la face calme, ou tout au plus, une impression de chaleur modérée.

D'une quarantaine d'observations que j'ai faites sur 7 malades femmes (Obs. 1, 2, 6, 7, 8, 13, 15), en dehors de la période digestive et des *crises thermiques,* je puis conclure que la température moyenne du cuir chevelu prise au sinciput est de 30°5 (1).

1. Les températures ont été prises à l'aide d'un thermomètre

Cette température varie dans de faibles limites avec la température extérieure, avec l'état hygrométrique de l'atmosphère, avec l'épaisseur de la chevelure.

Le minimum constaté a été de 29° (Obs. 6) par temps froid et le maximum 31°2 (Obs. 2, fin juillet.)

La température du cuir chevelu est sujette à des variations sous l'influence d'excitations viscérales, en particulier de l'excitation digestive. Elle est plus élevée pendant les premiers temps de la période digestive. Ainsi j'ai trouvé chez un malade (Obs. 11) une température de 31°4 une demi-heure après un repas ordinaire, bradyphagique.

Elle s'élève aussi sous l'influence d'excitations extérieures, en particulier par le massage du cuir chevelu (cf. plus loin). Le massage de la face, y compris le massage du front produit aussi une légère élévation de température du cuir chevelu d'un demi-degré à 1°2 (0°9 en moyenne) (cf. Obs. 6 et 7) (1). L'excitation violente de la face retentit sur le cuir chevelu ; de même, cliniquement, l'érythrose du cuir chevelu coexiste fréquemment avec l'érythrose faciale.

L'élévation de température du cuir chevelu après massage de la face est passagère, et au bout d'une dizaine de minutes redevient inférieure à ce qu'elle était primitivement. Ainsi :

à température locale construit par M. Galante. La durée d'application était d'environ un quart d'heure.

1. Ce réflexe facio-cranien ou facio-céphalique doit être rapproché des réflexes facio-pituitaire, facio-oculaire, céphalo-cortical signalés par M. L. Jacquet au sujet du massage facial.

Obs. 6. Température du cuir chevelu (crise thermique légère) 32°4.

— Température du cuir chevelu après massage de la face, 33°.

— Température du cuir chevelu dix minutes après, 32°.

Le sinciput est le siège principal des crises thermiques. La température du cuir chevelu pendant les crises est de 1°5 à 2° supérieure à la normale. Les températures de 32° (Obs. 1), 32°4, ont été constatées à plusieurs reprises. J'ai même observé une température de 33° (Obs. 7).

L'hyperthermie du cuir chevelu est facilement appréciable à l'imposition de la main ; et il suffit de placer comparativement la main sur la tête d'un de ces malades et sur celle d'un individu sain pour reconnaître l'existence des crises thermiques.

L'érythrose habituelle du cuir chevelu et l'érythrose provoquée par le plissement doivent faire rechercher chez les malades l'existence de crises thermiques.

Les crises thermiques souvent ignorées, sont parfois perçues par les malades qui éprouvent au cuir chevelu une forte sensation de chaleur et même d'ébullition (thermesthésie) : « Ma tête bout », nous disait l'une d'elles.

L'hyperémie congestive est le plus souvent paroxystique, mais dans des cas extrêmes, il peut se créer un véritable *état congestif local* par paralysie des muscles vasculaires.

Je viens d'observer récemment une dame chez qui l'hyperémie congestive apparaissait dès le réveil et durait

toute la journée. La congestion du cuir chevelu était telle que cette dame cherchait à la diminuer par l'application d'objets froids. La fraîcheur provoquée par l'application d'une assiette, d'eau *froide*, la soulageait momentanément. La nuit même tout lui semblait trop chaud et elle souhaitait alors avoir la tête entourée d'une toile cirée. Par contre les pieds étaient constamment glacés jusqu'à mi-jambe.

Les crises sont fréquentes, quotidiennes, et durent en général plusieurs heures.

J'ai noté l'influence sur leur production de la période digestive, du surmenage (Obs. 8) de l'exposition à la chaleur, du séjour dans les milieux chauds et confinés, de l'émotion. Ces crises étaient accentuées le soir, à la suite du travail de la journée chez la malade de l'observation 9.

J'ai rencontré les crises thermiques chez 22 malades, il y avait 12 fois thermesthésie, et 21 fois érythrose passive.

— Parmi les 21 observations publiées dans ce travail, dix malades présentaient des crises thermiques (Obs. 1, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 17, 19, 20), chez 5 d'entre eux il y avait perception de la crise (Obs. 8, 9, 11, 12, 17) ; dans les autres cas, la crise était ignorée.

L'érythrose provoquée du cuir chevelu existait chez tous ces malades et chez ceux des observations 4 et 6. La plupart d'entre eux avaient aussi une importante érythrose faciale.

Les troubles de calorification existaient chez 3 de ces malades (Obs. 1, 9, 11).

La crise thermique était localisée à la zone recouverte

par un volumineux crépon dans l'observation 13. Elle apparaissait à la fin de la journée, à la suite du port prolongé d'une perruque dans l'observation 17 et diminuait rapidement lors de l'enlèvement du postiche.

J'ai noté 4 cas de cryesthésie du cuir chevelu localisée au sinciput chez des malades hommes et femmes, présentant des débuts de calvitie séborrhéique. Une de ces malades était atteinte de maladie de Basedow, une autre portait un postiche sur le vertex. Ces cas sont à rapprocher de la cryesthésie prépeladique, signalée par M. L. Jacquet.

4° Troubles de la sensibilité.

Les sensations que donne un cuir chevelu normal sont analogues aux sensations agréables, fournies par le tégument sain, et que L. Jacquet a désignées sous le nom d' « eudermie » (1).

Prurit. — Cinquante malades avaient du prurit, 16 se trouvent parmi les malades dont je publie l'observation. Chez 10 d'entre eux il se présentait sous forme de crises violentes plusieurs fois par jour (Obs. 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 15, 19). Chez les 6 autres, il était léger ou de moyenne intensité (Obs. 3, 11, 13, 17, 18, 21).

J'ai plusieurs fois noté une intensité particulière du prurit à la région de la nuque (Obs. 2, 5). Il existait dans ces deux observations des lésions des dents molaires.

Le prurit, fréquent dans les dépilations avec pityriasis

1. L Jacquet. Art. *Troubles de la sensibilité. Prat. dermat.* T. IV.

sec ou stéatoïde, s'observe aussi dans le cas de dépilations dites séborrhéiques (Obs. 7, 9, 11, 17).

Les crises de prurit, quelquefois matutinales, sont fréquemment vespérales. Elles se manifestaient à la fin du travail de la journée (Obs. 2, 4, 9).

L'apparition du prurit paraît influencée par l'abondance des squames du pityriasis, le manque de soins de toilette (Obs. 21), la présence d'agents d'irritation extérieure. Les peignes, épingles, postiches localisent le prurit aux points de contact et l'exacerbent dans une certaine mesure.

Le port d'un chapeau lourd (1), pesant plus de 300 gr. suffit à réveiller le prurit au niveau des points d'appui (Obs. 21).

Les lavages du cuir chevelu (Obs. 2, 9), les lotions et même l'application d'eau pure (Obs. 2) paraissent calmer momentanément le prurit.

Le massage du cuir chevelu calme le prurit et facilite sa disparition (Obs. 2, 5, 9).

Le prurit existait simultanément au front, à la face et au cuir chevelu dans l'observation 4.

Hyperesthésie (2). — 50 malades présentaient de l'hyperesthésie ; 14 sont parmi les malades dont je publie l'observation (Obs. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 21).

1. Pour M. L. Jacquet le poids moyen d'un chapeau doit être de 150 grammes.

2. Sous le terme général d'hyperesthésie je comprends aussi bien l'hyperesthésie provoquée ou objective que l'hyperesthésie subjective ou dermalgie. L. Jacquet, a montré l'inanité de cette distinction. *Prat. dermat.*, *loc. cit.*,

Dans certains cas, la sensibilité des follicules pileux peut être particulièrement vive (trichalgie). Toute mobilisation du cheveu, les tractions légères, les soins de toilette, le simple écartement de la chevelure provoquent de la douleur ; et cependant, chez ces malades, l'hyperesthésie à la pression du cuir chevelu peut être relativement faible. (Obs. 2, 10, 13).

Dans une observation, j'ai noté une hyperesthésie profonde (tissu cellulaire sous-cutané, périoste et os) sans que les plans superficiels soient hyperesthésiés.

J'ai observé assez fréquemment la dermalgie, de même que le prurit, dans les dépilations dites séborrhéiques (Obs. 7, 11, 17). La dermalgie peut exister isolément, sans prurit (Obs. 8).

J'ai observé deux cas de dermalgie unilatérale. Dans un cas, il y avait évolution difficile de la dent de sagesse du même côté ; dans l'autre la dermalgie à maximum gauche coïncidait avec une lésion annexielle du côté gauche (Obs. 2). Le prurit et la dépilation étaient plus intenses de ce côté.

Dans un cas (Obs. 17), existaient des zones d'hyperesthésie, délimitables par une pression forte, d'une étendue de 2 à 3 centimètres. Des lésions dentaires importantes existaient chez cette malade. (2e P. M. à l'état de dent de lait, atteinte d'arthrite.)

On voit à quel point ces diverses constatations et d'autres qu'on trouvera ultérieurement se superposent à celles qu'ont faites Head (1) et L. Jacquet.

1. Head. On disturbances of sensation, with especial reference to the Pain of visceral disease, Brain, 1894.

La migraine s'observe fréquemment chez les malades présentant de la dermalgie, et la dermalgie s'exacerbe pendant la crise de migraine ; huit de ces malades étaient migraineux ou présentaient des céphalées intermittentes (Obs. 2, 4, 5, 6, 8, 9, 15, 21).

La dermalgie était provoquée par la présence des épingles (Obs. 15), par l'emploi du peigne (Obs. 3, 4, 15), par le port d'un postiche (Obs. 13, 17), d'un chapeau lourd (Obs. 21). La masse des cheveux eux-mêmes apparaît comme un irritant extérieur et peut être un facteur de dermalgie. Plusieurs malades (Obs. 2, 7) étaient obligées de dénouer leur chevelure, sinon elles éprouvaient de la dermalgie.

L'hyperesthésie était telle chez quelques-unes de nos malades qu'elles ne pouvaient supporter le poids d'un chapeau même léger. Le port du chapeau ne pouvait dépasser une heure dans l'observation 6, et il était impossible chez la malade de l'observation 2, réduite à sortir la tête découverte.

5° Troubles sécrétoires.

Séborrhée. — 49 malades étaient séborrhéiques.

Sur les 21 malades dont je publie l'observation :

Cinq malades hommes, âgés de 18 à 28 ans, présentaient de la séborrhée du vertex : 2 fois à l'état pur (Obs. 11, 20) ; 3 fois avec du pityriasis (Obs. 3, 5, 16).

Dans 4 cas, le degré de la séborrhée était très important.

Dans un seul, elle n'existait qu'à un degré moyen (Obs. 16).

Dix malades femmes présentaient de la séborrhée : 6 fois à l'état pur (Obs. 1, 6, 7, 8, 9, 17); 2 fois comme symptôme principal, accompagnée de pityriasis sec (Obs. 10, 13); et 2 fois comme symptôme principal, accompagnée de pityriasis stéatoïde (Obs. 12, 21).

Chez ces malades, la séborrhée était importante, sauf chez la malade de l'observation 17, où elle n'avait qu'un degré moyen.

La *séborrhée faciale* existait chez tous ces malades sauf un (Obs. 10). Plusieurs présentaient de l'acné faciale (acné comedo, Obs. 9 ; acné papuleuse, Obs. 16, 20, 21 ; acné papulo-pustuleuse et nécrotique de la face et du tronc, Obs. 6).

Au cuir chevelu, les diverses modalités de la séborrhée ont été observées : séborrhée fluente, filament séborrhéique, comédons et même acné.

J'ai signalé plus haut (pages 96 et 97) la présence relativement fréquente des symptômes sensitifs dans les dépilations avec grande séborrhée, mais sans pityriasis ou avec un pityriasis peu accentué (calvitie au début, chez l'homme, dépilation à forme de calvitie masculine chez la femme). S'il n'y avait aucun trouble sensitif dans les observations 1 et 20, par contre, il y avait dans d'autres du prurit (Obs. 7, 9), de la dermalgie (Obs. 8), et même les deux symptômes réunis (Obs. 11, 17).

Dans les dépilations avec séborrhée, les troubles sensitifs, quoique importants, sont rarement tenaces et les premiers amendés par la suppression des troubles d'origine viscérale.

L'érythrose du cuir chevelu et les crises thermiques

sont particulièrement fréquentes dans les dépilations où dominent les troubles glandulaires, beaucoup plus que dans les dépilations pelliculaires, et paraissent être le substratum fréquent de ces troubles.

La séborrhée précède habituellement la dépilation. Elle s'est manifestée deux ans auparavant dans l'observation 11.

Elle était plus forte pendant la saison chaude (chez ous les malades), à l'approche des règles (Obs. 1), pendant la période digestive (Obs. 1).

Hyperidrose. — 21 malades présentaient de l'hyperidrose, dont 14 parmi ceux dont je publie l'observation (Obs. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 19, 20).

Neuf fois l'hyperidrose était importante (Obs. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 17) ; 5 fois elle était légère.

L'hyperidrose, qui accompagne fréquemment la séborrhée peut être faible, ou même faire défaut, alors que la séborrhée est importante (Ainsi Obs. 13, et surtout Obs. 9). Mes malades séborrhéiques présentaient de l'hyperidrose sauf trois (Obs. 9, 12, 21).

A l'état normal, la sécrétion sudorale du cuir chevelu est très faible et imperceptible, même pendant les chaleurs, alors que s'exagère la sécrétion sudorale du reste du corps et de la face en particulier.

L'hyperidrose s'observe presque exclusivement pendant la saison chaude, et nombre de dépilations et de calvities débutent par des crises sudorales. J'ai pu observer plusieurs débuts de dépilations analogues à la suite des fortes chaleurs estivales de 1911.

J'ai noté chez une de mes malades des crises sudorales

intenses, humectant la chevelure et l'oreiller, à la suite du coït.

Les crises sudorales peuvent être localisées au cuir chevelu (Obs. 11) mais elles coexistent fréquemment avec l'hyperidrose de la face, et même avec la sudation générale de tout le corps.

Le port des postiches et des chapeaux lourds, empêchant la perspiration cutanée, favorise la production de l'hyperidrose. Les crises sudorales apparaissaient le soir à la suite du port prolongé d'un postiche (Obs. 17).

6° Troubles de kératinisation.

Pityriasis. — 49 malades présentaient du pityriasis. — 18 se trouvent parmi les 21 malades dont je publie l'observation.

Chez mes malades hommes, le pityriasis existait une fois à l'état isolé (Obs. 4, pityriasis stéatoïde), 4 fois il y avait un degré plus ou moins important de pityriasis, en même temps qu'une séborrhée intense (pityriasis surséborrhéique) (Obs. 3, 5, 11, 20) ; la séborrhée était peu intense, le pityriasis important dans l'observation 16.

Chez les malades femmes, le pityriasis existait 12 fois, 5 fois à l'état isolé (3 fois à l'état de pityriasis stéatoïde : Obs. 2, 14, 15, et 2 fois à l'état de pityriasis sec, Obs. 18, 19) (1) ; dans les 7 autres observations la présence du pityriasis, sec le plus souvent, coïncidait avec celle de la séborrhée.

1. Dans ces deux observations, il y avait dépilation par phtiriase.

Dans l'observation 9 (jeune fille de 16 ans), j'ai noté l'apparition au niveau de la région occipitale d'une plaque de pityriasis circiné et marginé.

Les deux modalités du pityriasis (sec et stéatoïde) peuvent exister côte à côte. Ainsi (Obs. 2, 14, 21), à côté d'un pityriasis sec important (du type II de Sabouraud) existaient des éléments de pityriasis gras, à squame épaisse, ambrée, reposant sur une surface épidermique mince, rosée, d'apparence humide (du type VI ou VII du même auteur). Le cuir chevelu et les cheveux étaient gras.

J'ai classé ces formes parmi les dépilations avec pityriasis stéatoïde, en tenant compte de la lésion la plus accentuée.

Plusieurs malades présentaient du pityriasis d'autres régions : des sourcils avec dépilation sourcilière (Obs. 4, 15), du front et de la face (Obs. 2, 3, 4, 14).

B. — *SYMPTOMATIQUE GÉNÉRALE*

1. — Hérédité. — J'ai recherché l'état de la chevelure, les troubles fonctionnels et les tares organiques des parents des malades atteints de dépilation diffuse.

Parmi les ascendants de nos 21 malades, 16 présentaient une belle chevelure ; 1 une très belle chevelure (Obs. 8).

Sur nos 6 malades hommes, 2 fois le père était chauve (Obs. 3, 20) ; dans l'observation 20, la calvitie existait aussi chez les collatéraux ; une fois, la mère (Obs. 12) était atteinte de dépilation diffuse.

Chez nos 15 malades femmes atteintes de dépilation diffuse, dans 1 cas (Obs. 7) le père avait peu de cheveux, 5 fois la mère était atteinte de dépilation diffuse (Obs. 5, 7, 8, 9, 13), avec pityriasis stéatoïde dans un cas (Obs. 7), et de pityriasis sec dans un autre (Obs. 2).

Soit de façon globale, 14 ascendants atteints de dépilation.

Mais en outre, chez les ascendants ne présentant pas de dépilation diffuse, j'ai rencontré des viciations biologiques et des troubles fonctionnels. Ainsi j'ai noté :

L'éthylisme 5 fois ;

L'érythrose faciale 6 fois (une fois avec acné) ;

L'obésité 4 fois ;

La migraine 1 fois ;

La tuberculose pulmonaire 2 fois ;

Ces différentes manifestations, bien que non accompagnées de dépilation chez les ascendants, ne sont pas pour autant négligeables ; car, en vertu de la loi de continuité, les troubles fonctionnels, qui, à cause de leur peu d'intensité ou de leur faible durée, n'ont eu aucune répercussion sur la chevelure des ascendants, peuvent rendre l'organisme des descendants et par là même leur système pileux moins résistants vis-à-vis des mêmes troubles fonctionnels.

Les viciations d'hygiène des ascendants, en particulier de l'hygiène digestive, bien que difficiles à noter rétrospectivement, ont cependant été signalées plusieurs fois (Obs. 1, 2).

Quelques malades n'ont pu fournir de renseignements

sur leurs ascendants, leurs parents, très certainement tarés, étant morts jeunes.

Je rapporte l'observation d'une malade (obs. 2) atteinte de dépilation diffuse avec pityriasis stéatoïde. J'ai soigné ses deux enfants, atteints l'un, garçon de 19 ans, d'un pityriasis simplex très important du cuir chevelu, l'autre, une jeune fille de 16 ans, d'une dépilation diffuse avec grande séborrhée.

Des troubles narinaires et des végétations adénoïdes existaient chez le jeune homme, des viciations digestives et des troubles menstruels, chez la jeune fille (1). Y a-t-il, dans la *diversité* des affections du cuir chevelu quelque rapport avec ces troubles fonctionnels *différents ?*

II. — Troubles fonctionnels. — J'ai noté soigneusement chez mes malades, en vue d'un traitement ultérieur, quelles pouvaient être les différentes altérations de leur santé : troubles fonctionnels et lésions organiques. Remontant à l'origine fréquente de ces troubles, j'ai recherché, selon la prescription d'A. Paré, si la « manière de vivre » de ces malades n'était pas défectueuse, s'ils ne commettaient aucune infraction à l'hy-

1. On ne peut, dans ces deux observations, invoquer chez l'un des enfants, une infection microbacillaire pure, et chez l'autre une infection par la spore de Malassez; car, chez la jeune fille, il y avait une plaque de pityriasis au début, circiné et marginé, qui se serait développée, si le terrain lui eût été favorable. De plus, contrairement aux mœurs des microbes en causes, c'est la jeune fille qui présente la séborrhée, et le jeune homme le pityriasis.

gième alimentaire, s'ils n'étaient pas des surmenés, s'ils ne commettaient pas d'excès sexuels. Entraîné à cette recherche par l'exemple constant du Dr Jacquet et la pratique acquise à son service, j'exposerai successivement les principales viciations et les principales fautes d'hygiène relevées chez les malades et à la suite les affections et maladies organiques qui en dérivent.

VICIATIONS ET TROUBLES FONCTIONNELS DE L'APPAREIL DIGESTIF.

A. — *Viciations de l'hygiène digestive.*

Les viciations de l'hygiène digestive sont, pour ainsi dire, constantes chez ces malades.

L'hygiène alimentaire était gravement viciée chez 66 malades.

Chez les 21 malades dont je publie l'observation, les principales viciations rencontrées ont été les suivantes :

1° *Tachyphagie* (1) (19 malades).

2° *Polyphagie. Pollakiphagie* (2) (14 malades).

3° *Picrophagie* (3) (8 malades).

1. De ταχύς, vite, et φάγυν, manger.

2. Je désigne sous ce terme l'ingestion, répétée d'aliments en dehors et en sus des repas habituels, cette viciation est provoquée par les fringales fréquentes chez les polyphages. De πολλακις, fréquemment et φαγειν, manger.

3. De πικρός, âcre, et φανειγ, manger. L. Jacquet désigne sous ce terme l'abus des épices et des condiments irritants. Il y fait rentrer l'usage de l'alcool, envisagé en tant qu'agent d'irritation locale.

4° *Polydipsie.* (Abus des boissons quelles qu'elles soient) (1).

4 de mes malades étaient polydipsiques pendant le repas.

7 prenaient du café ;

6 faisaient, entre les repas, usage de boissons alcooliques (Obs. 5, 12, 16), de thé (Obs. 7, 21), de tisanes (Obs. 6).

5° *Lectures et travail intellectuel pendant et immédiatement après le repas* (8 malades), 4 fois la lecture avait lieu pendant le repas, 4 fois immédiatement après.

L. Jacquet attache une assez grande importance à cette viciation ; il lui attribue une action inhibitrice sur la mise en train du travail digestif, pour deux raisons d'ordre cérébral et oculaire. Je suis en mesure de confirmer cette opinion, et notamment dans l'observation 3, la lecture pendant le repas fit reparaître des troubles digestifs et consécutivement, augmenta la dépilation.

6° *Irrégularité des heures de repas* (3 malades, Obs. 1, 4, 14).

7° *Abus des laxatifs et des purgatifs* (6 malades chroniquement constipés, Obs. 1, 2, 6, 8, 9, 12).

Plusieurs d'entre eux n'allaient à la selle depuis de nombreuses années que par l'usage de préparations laxatives.

1. Deux prises d'un verre et demi de boisson suffisent, avec un régime usuel, à assurer une élimination urinaire d'un volume suffisant (1.300 à 1.500 cc.).

La polydipsie n'a été comptée que pour les absorptions de boissons supérieures à 3 verres par repas.

B. — *Troubles digestifs.*

Les viciations de l'hygiène digestive existaient chez 66 malades; 55 présentaient des troubles digestifs (1); 26 étaient habitueilement constipés. On associe fréquemment, mais à tort, la notion de douleur à celle de trouble morbide : sur ce grand nombre de dyspeptiques, cinq seulement éprouvaient de la gastralgie.

— 18 sur les 21 malades déjà cités présentant une ou plusieurs des viciations digestives précédentes avaient des troubles digestifs dont voici le détail (1) :

Lourdeur postprandiale	13 cas.
Ballonnement.	11 —
Paresse digestive.	6 —
Crises gastriques douloureuses . .	1 —
Fétidité de l'haleine.	1 —
Narcolepsie.	10 —
Cryesthésie post-prandiale . . .	1 —
Pyrosis	7 —
Eructations.	2 —
Régurgitations.	3 —
Fringales	3 —
Inappétence	1 —
Constipation	8 —
Entéro-colite muco-membraneuse .	1 —

1. Ainsi la viciation alimentaire, n'entraîne pas fatalement, au début tout au moins, la dyspepsie.

L'estomac ayant été examiné chez 11 de ces malades, la dilatation d'estomac fut rencontrée 8 fois, l'hyperesthésie gastrique 5 fois.

19 de ces malades présentant des viciations digestives avaient de l'*érythrose faciale postprandiale* et 11 des *céphalées*.

Enfin chez l'un d'eux on notait après le repas une impossibilité de travail intellectuel durant *trois heures*, des troubles visuels et des pertes de mémoire (Obs. 11). Chez deux autres (Obs. 1 et 3), le travail était seulement pénible.

VICIATIONS ET TROUBLES FONCTIONNELS DE L'APPAREIL GÉNITAL

37 malades présentaient des troubles fonctionnels de l'appareil génital.

N'ayant interrogé que quelques malades à ce sujet, je n'ai constaté qu'une fois l'onanisme (Obs. 3) et deux fois l'existence d'excès sexuels (Obs. 11 et 20).

10 malades avaient des ménorragies, 17 de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée, 14 des pertes blanches, 4 des affections utéro-annexielles.

— Sur les 21 malades dont je publie l'observation il y a 16 femmes, dont 15 étaient réglées ; trois avaient des règles normales ou à peu près normales; six (Obs. 1, 6, 7, 10, 12, 15) avaient des règles peu abondantes, 3 fois retardantes, et 2 fois douloureuses. Trois fois (Obs. 2, 9, 14), il y avait ménorragie : les

règles étaient très abondantes et fréquentes, l'avance était de huit à quinze jours (Obs. 2, 14).

Chez la malade de l'observation 6, il y avait habituellement aménorrhée, les règles n'apparaissant que tous les deux ou trois mois.

Chez la malade de l'observation 8, il y avait instabilité ovarienne : les règles étaient irrégulières, tantôt en avance, tantôt en retard.

L'approche des règles était marquée chez de nombreuses malades par des poussées d'érythrose, de céphalées, d'œdèmes transitoires de la face.

6 de nos malades (Obs. 2, 6, 9, 13, 14, 15) avaient des pertes blanches, 2 des métrites avec ménorragies, avec affections annexielles anciennes (Obs. 2 et 14) ; chez la première de ces malades j'ai pu voir au cours de deux années se développer, évoluer et rétrocéder la métrite et les ménorragies, et suivre parallèlement la marche de la dépilation.

VICIATIONS ET TROUBLES FONCTIONNELS DU SYSTÈME NERVEUX

Les principales viciations et les troubles fonctionnels relevés chez les malades sont : le surmenage cérébral sous ses différentes formes, les troubles vaso-moteurs et de calorification, les migraines.

Le nervosisme a été constaté 40 fois, les ennuis et chagrins, la neurasthénie 12 fois, le surmenage 9 fois, les troubles de calorification 18 fois, les céphalées et migraines 33 fois.

— Sur les 21 malades dont je publie l'observation, le surmenage intellectuel existait chez 2 malades (Obs. 3, travail de bureau intensif; Obs. 21, lectures prolongées).

Chez 15 malades, il y avait un degré accentué de *nervosisme*. C'étaient le plus souvent une impressionnabilité exagérée, des crises de colère (Obs. 1, 2, 10, 11, 13, 19), des crises de larmes (Obs. 1, 17), des rêves et cauchemars (Obs. 1, 8, 12, 14, 17), une tendance à la neurasthénie et aux idées noires (Obs. 1). Dans un cas (Obs. 12), j'ai rencontré le somnambulisme, dans deux autres (Obs. 9, 16), le tremblement des mains, sans éthylisme important, dans un autre cas, des battements de cœur (Obs. 9). Les ennuis (chagrins intimes, soucis matériels et professionnels) tenaient une place importante chez 4 malades (Obs. 6, 10, 14, 21).

Une de nos malades (Obs. 1), lors de la crue de la Seine de janvier 1910, fut en proie, pendant près d'un mois, à de vives *frayeurs*, sa demeure ayant été inondée. A la suite de cette période d'émotions, outre l'abandon de toute préoccupation thérapeutique, il y eut une recrudescence de la séborrhée du cuir chevelu en voie d'atténuation, et une augmentation de la dépilation, qui devint trois fois plus forte.

L'érythrose faciale a été constatée chez 20 malades. 18 avaient de l'érythrose postprandiale, dont la durée était d'une dizaine de minutes à plus d'une heure (Obs. 10, 1 h. 1/2).

Quatre fois (Obs. 1, 7, 12, 16), il y avait un degré important de couperose.

L'érythrose et la couperose, bien qu'habituellement

bilatérales, présentaient fréquemment une intensité plus grande d'un côté (1). Ce maximum unilatéral coïncidait chez 5 malades (Obs. 2, 3, 11, 15, 17) avec des lésions dentaires du même côté.

Des troubles de calorification et l'acrocyanose existaient chez 6 malades (Obs. 1, 2, 6, 9, 10, 11). Deux avaient régulièrement des engelures pendant l'hiver.

Onze malades présentaient des *céphalées* ou *des migraines* (Obs. 2, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 14, 15, 19, 21), ces malades avaient des viciations digestives ; dans trois cas (Obs. 5, 8, 12) la céphalée apparaissait peu après les repas, et chez cette dernière malade les migraines étaient quotidiennes.

Quatre fois les migraines se produisaient avant les règles on subissaient un renforcement important à leur approche (Obs. 2, 6, 15, 19).

1. Dans un cas (Obs. 1), j'ai pu saisir *l'influence de l'excitation extérieure* sur la production de l'érythrose unilatérale. Ma malade était exposée depuis neuf ans, plusieurs heures par jour, pendant toute la durée de l'hiver, à la chaleur rayonnante d'un poêle toujours situé à sa *gauche*. Il y avait du même côté des lésions dentaires. L'érythrose et la couperose étaient beaucoup plus fortes du côté *gauche*. La dépilation bien que diffuse était un peu plus importante du côté gauche, et de ce côté la chevelure était un peu plus clairsemée. C'est un exemple très topique de ces conflits d'irritation endo-et exocutanée sur lesquels L. Jacquet attire si fréquemment l'attention.

Dans deux autres observations (Obs. 9 et 17), une influence analogue, mais qui fut moins prolongée, fut constatée dans la production d'une érythrose à maximum unilatéral : travail à proximité d'un poêle, dans le premier cas ; séjour immédiatement après le repas auprès d'un calorifère, dans le second. Sur l'*érythrose faciale*, voir thèse de Boulogne sur l'*érythrose faciale d'origine gastrique*. Paris 1908.

Dans les 4 autres cas, le travail dans un milieu confiné (Obs. 4, 9, 21), de petits accès de fièvre paludéenne (Obs. 14) pouvaient, dans la production des migraines, être incriminés, à côté de l'influence digestive.

VICIATIONS ET TROUBLES FONCTIONNELS DIVERS

Lésions dentaires. — 24 malades présentaient des lésions dentaires, dont 10 parmi ceux dont je publie l'observation (Obs. 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 13, 15, 17). Sur ces 10 malades, 5 fois les lésions étaient bilatérales, 5 fois elles existaient seulement d'un seul côté. Dans ces 5 derniers cas, la pression des points nerveux faciaux était plus douloureuse du côté atteint (Obs. 3, côté droit, Obs. 2, 10, 14, 17, côté gauche).

J'ai observé (Obs. 1) des zones de dépilation diffuse, siégeant aux deux régions pariétales, apparues successivement, ayant succédé à des lésions dentaires bilatérales, (voir page 69).

Dans l'observation 17, j'ai noté des zones d'hyperesthésie du cuir chevelu au sinciput, coïncidant avec une lésion irritative d'une dent de lait (2e prémolaire) atteinte d'arthrite et très mobile. La radiographie montra que la racine de cette dent était en partie détruite. Il n'y avait pas de bourgeon visible de dent de remplacement.

Dans un cas (Obs. 10), il y avait évolution douloureuse de la dent de sagesse.

Dans un autre, l'évolution de la dent de sagesse supérieure droite, sans être douloureuse, était lente et diffi-

cile. Coïncidant avec cette évolution et avant même que la dent fût visible, j'ai noté à la région pariéto-occipitale droite, une aire, large d'une paume de main, qui était le siège d'une vive dermalgie. Le poids des peignes, le port du chapeau, étaient en cette région particulièrement intolérables. Cette dermalgie disparut quand la dent de sagesse eut terminé son évolution.

Trois malades (Obs. 3, 8, 15) présentaient une gingivite tartrique importante.

Chez la malade de l'observation 2, j'ai vu se développer une névralgie cervicale droite, peu après la constatation des lésions dentaires en évolution du côté droit (arthrite de la 2e prémolaire inférieure droite avec poussée récente). En même temps le prurit du cuir chevelu devenait plus intense, la dépilation un peu plus forte. La cure dentaire amena la guérison de la névralgie cervicale, fit diminuer le prurit du cuir chevelu, et le taux de la dépilation baissa peu après.

Aucun de mes 21 malades ne portait d'appareil prothétique, mais en dehors de cette série, j'ai remarqué maintes fois, de même que M. L. Jacquet, l'influence traumatisante de l'appareil sur les muqueuses gingivales et palatines, et les bons résultats obtenus par la suppression de l'appareil offensant, ou par l'emploi ultérieur d'un appareil mieux adapté et moins irritant.

Vices de réfraction et troubles de l'accommodation (1). — Cinq malades présentaient des vices de réfraction

1. L. Jacquet a observé une jeune fille, qui lui fut adressée par L. Guinon, et chez qui il crut pouvoir rapporter principa-

non corrigés ou insuffisamment corrigés. Deux se trouvent parmi la série que je rapporte (Obs. 11 et 21).

Le premier, étudiant, avait, après les repas, la vue voilée, et une « sensation de rideau devant les yeux ». Il ne pouvait ni lire, ni travailler pendant près de trois heures. Examiné aux Quinze-Vingts, il fut trouvé myope et astigmate. Après correction, ces troubles disparurent: Il n'y eut plus de sensation de rideau, la lecture devint facile en tout temps, et le travail possible une demi-heure après le repas. La dépilation diminua parallèlement.

La deuxième malade (Obs. 21), myope et peut-être astigmate faisait des lectures prolongées qui la fatiguaient et provoquaient chez elle des céphalées. Elle refusa de faire corriger ses troubles d'accommodation.

Affections de l'appareil respiratoire.

Affections rhino-pharyngées et laryngées. — Onze malades présentaient des affections des premières voies respiratoires, et en particulier ceux des observations 1, 2, 9, 10: amygdalite 3 fois (Obs. 1, 10 (1), 20), coryzas chroniques, 5 fois (Obs. 1, 2, 9, 16, 20), laryngites, 2 fois (Obs. 1, 2).

Affections broncho-pulmonaires. — Des poussées grippales à forme trachéo-bronchique furent constatées chez

lement à des troubles d'accommodation une aire peladique située à la région frontale antérieure et médiane.

1. Dans cette observation, l'angine érythémateuse coïncidait avec l'évolution douloureuse de la dent de sagesse du même côté.

trois malades (Obs. 1, 2, 9). La première de ces malades (Obs. 1) fut atteinte à trois reprises de laryngo-trachéite persistante.

La tuberculose fut constatée chez cinq malades. Chez le malade de l'observation 20, la dépilation se manifesta en même temps qu'apparurent les symptômes d'une tuberculose pulmonaire à forme chronique.

Le développement d'une tuberculose pulmonaire avec hématémèse importante était le seul trouble organique important que l'on put constater chez une malade prise en dehors de la série que je rapporte, n'ayant présenté jusque-là aucun symptôme de dépilation. Une part revient au choc moral que reçoit un individu, sain jusqu'alors, chez lequel la tuberculose entre en scène par une violente hématémèse.

Modifications de la sécrétion thyroïdienne. — J'ai recherché s'il existait chez mes malades des troubles dus à des modifications dans le fonctionnement de la glande thyroïde. Une de mes malades était atteinte de maladie de Basedow.

Une autre, âgée de 16 ans (Obs. 9), présentait un syndrome basedowien fruste : exophtalmie légère, corps thyroïde un peu volumineux, troubles de la menstruation.

Un étudiant (Obs. 11), obèse, nous a signalé que son corps thyroïde était sujet à des variations de volume, qui disparurent au cours du traitement biothérapique (1).

1. Beaucoup de mes malades étaient certainement des hypo- ou des hyperthyroïdiens au sens L. Lévi et de Rothschild. Aucun

Paludisme. — Le paludisme a été noté une fois (Obs. 14). La malade depuis un séjour en Italie était sujette à des accès de fièvre paludéenne, avec migraines, la laissant très affaiblie après l'accès.

VICIATIONS DE L'HYGIÈNE GÉNÉRALE. SURMENAGE.

Les principales viciations que j'ai relevées dans le genre de vie de mes malades sont le *confinement* et *l'inertie musculaire.*

Le confinement et le travail en milieu confiné ont été rencontrés chez 11 malades; 7 sont parmi ceux dont je publie l'observation (Obs. 4, 6, 8, 9, 16, 18, 21).

Quatre de ces malades travaillaient dans une atmosphère non aérée (atelier, Obs. 9), non aérée et chargée de poussières (bureau de poste, Obs. 4; atelier d'ébénisterie, Obs. 16), non aérée et surchauffée (salle de massage, Obs. 21). La malade de cette dernière observation faisait tous les après-midi un séjour pénible durant trois heures dans une salle d'école de massage, chauffée au point de permettre aux malades de rester longtemps dévêtus, et dépourvue de tout mode d'aération.

Le manque d'aération pendant la nuit a été aussi constaté plusieurs fois (Obs. 4, 6, 9, 16).

L'*inertie musculaire* a été surtout relevée chez les malades ayant une profession libérale ou exigeant un

cependant ne fut soumis au traitement thyroïdien. Il est probable que la régulation thyroïdienne, si la sécrétion du corps thyroïde était en défaut, a été obtenue par l'ensemble des moyens bio-kinétiques que j'ai employés.

travail de bureau ou d'atelier (Obs. 1, 2, 3, 4, 6, 9, 11). Trois de ces malades (Obs. 1, 3, 11) étaient des obèses et cinq étaient des constipés (Obs. 1, 2, 4, 6, 9).

Le *surmenage physique*, sous ses différentes formes (excès de travail, veilles, sports pratiqués de façon immodérée) a été rencontré 17 fois, 7 fois parmi les malades dont je publie l'observation (Obs. 2, 3, 8, 10, 14, 16, 21).

Une de mes malades (Obs. 2), ménagère, vit sa santé s'améliorer quand elle cessa de faire des ménages pour le compte d'autrui. La dépilation diminua quand prit fin le surmenage.

Une autre (Obs. 21) masseuse, était aussi exposée à des périodes de surmenage. Elle était alors énervée, fatiguée, dormait peu. Les symptômes sensitifs du cuir chevelu subissaient une recrudescence, et consécutivement la dépilation augmentait.

AGENTS D'IRRITATION EXTÉRIEURE

Huit malades portaient des postiches volumineux (perruque ou demi-perruque), en particulier (Obs. 15, 17), et 2 des chapeaux lourds (Obs. 21).

CHAPITRE IV

Essai de thérapeutique bio-kinétique

BIOTHÉRAPIE (1)

Les différents troubles fonctionnels ayant été soigneusement relevés chez les malades appareil par appareil, la méthode thérapeutique consista tout d'abord dans la correction et le traitement de ces différents troubles, en remontant aussi souvent qu'il était possible, selon la pratique constante de M. L. Jacquet, à la viciation d'hygiène causale.

Toute cette partie du traitement, qui fut la seule employée dans plusieurs observations, fut réalisée sans l'intervention d'aucun agent chimique ; les soins du cuir chevelu étaient réduits à des soins de toilette, et restaient les mêmes que ceux précédemment employés par les malades : les lavages furent conservés ; leur date fut régularisée et parfois rapprochée. Quelques malades, qui

1. Sous le nom général de biothérapie, L. Jacquet propose de désigner l'ensemble des moyens purement vitaux destinés à obtenir, d'une part, l'*exaltation* des activités fonctionnelles jugées insuffisantes et, d'autre part, la *sédation* des activités fonctionnelles jugées excessives. Ces deux modes fonctionnels, insuffisance et excès, dont les causes sont nombreuses, lui semblent dominer une part importante de la pathologie.

ne donnaient à leur cuir chevelu d'autre soin que le peignage quotidien, furent traités sans aucune intervention extérieure, pas même celle des lavages du cuir chevelu. Les lotions ou pommades précédemment employées étaient rigoureusement proscrites.

Cette thérapeutique fut pratiquée le plus souvent de façon successive et progressive, afin de dissocier les résultats. Elle fut aussi, dans quelques cas, appliquée en bloc et d'emblée, de façon à obtenir des effets plus saisissants.

La mentalité du public est telle que les malades ne se croient pas traités si l'on ne fait pas intervenir un médicament ; aussi avons-nous fréquemment associé à la biothérapie une médication psychothérapique (quelques gouttes d'une teinture quelconque : thuya, hammamelis, viburnum, etc.).

Le massage, l'auto-mobilisation, le brossage furent ensuite employés ; enfin, mais exceptionnellement, quelques malades furent traités par les agents chimiques.

Huit malades furent traités exclusivement par la biothérapie. Dans les autres cas, ce traitement fut toujours la première partie de la cure. Le massage, la mobilisation et le brossage furent employés chez 9 malades. Sept malades enfin furent soumis passagèrement aux applications chimiques.

Biothérapie de l'appareil digestif

La correction des différentes viciations digestives a été faite chez 19 malades. Elle a été pratiquée, de façon

successive, viciation par viciation, chez 11 malades (Obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 20, 21).

Les corrections correspondent exactement aux viciations rencontrées chez les malades et énumérées précédemment.

1° *Mastication prolongée. Bradyphagie*

Durée du repas : trois quarts d'heure.

Mastication lente et minutieuse de tous les aliments, y compris les œufs et les purées.

La bradyphagie a été employée comme moyen thérapeutique dans 19 observations ; 11 fois elle a été appliquée seule, temporairement, et les résultats de son action isolée ont pu être appréciés ; 8 fois elle a été appliquée en même temps que les autres modifications d'hygiène digestive réunies par M. L. Jacquet sous le nom de régime ataraxique.

Les difficultés d'application de cette réforme bradyphagique ont été maintes fois signalées ; elles sont réelles.

La durée du repas n'a pu dans quelques cas être portée à trois quarts d'heure, qu'à l'aide de pauses, par suite de la frugalité du régime (Obs. 2).

2° *Rationnement*

Le rationnement global, portant indistinctement sur tous les aliments a été pratiqué chez 13 malades (Obs. 1, 3, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21) (1).

1. La polyphagie fut respectée chez le 14e polyphage traité peu auparavant pour de la tuberculose pulmonaire (Obs. 20).

La réduction du régime alimentaire a été employée comme correction isolée chez 2 malades (Obs. 1 et 3), où ses répercussions sur l'état digestif, l'obésité et l'état du cuir chevelu, ont été notées.

Le régime végétarien exclusif a été appliqué chez 2 malades pendant plus d'un mois (Obs. 2 et 21).

Des rationnements partiels ont été prescrits, portant :

a) *Sur la viande :* La diminution de l'alimentation carnée (suppression de la viande au repas du soir) a été conseillée à de nombreux malades (Obs. 1, 3, 9, 12, 13).

b) *Sur les hydrocarbonés et les graisses* chez les obèses atteints de séborrhée intense du cuir chevelu.

3° *Suppression de la picrophagie*

Cette suppression a été faite chez 8 malades, en même temps que d'autres corrections digestives.

4° *Réduction de la quantité de boissons. Boissons entre les repas.*

Le rationnement des liquides (1) (la quantité de boissons étant réduite à un verre et demi d'eau rougie par repas) chez les polydipsiques, a été fait chez 7 malades (Obs. 3, 4, 7, 8, 16, 17, 19).

L'action dissociée de ce facteur pathogène et les résultats de sa correction ont été mis en évidence dans 3 observations (Obs. 3, 4, 8).

1. Il a été récemment démontré, qu'en rationnant les liquides chez les obèses qui font en même temps de l'exercice musculaire, la quantité d'urine reste normale, mais l'individu maigrit.

Quatre fois (Obs. 1, 2, 6, 8) (1) la boisson a été supprimée au repas ou réduite à un minimum (1/2 verre) ; deux prises de boisson supplémentaires étaient faites entre les repas à 4 heures de l'après-midi et à 9 heures du soir.

Les boissons conseillées dans ce cas étaient de l'eau rougie, de la citronnade ou de l'eau alcaline (eau de Pougues).

L'emploi de boissons chaudes (citronnade cuite) pendant le repas fut tenté chez quelques malades au début de l'été 1910 (Obs. 1, 2, 6). Les malades se trouvaient mal désaltérés et supportaient difficilement cette correction.

L'usage d'une tasse de camomille ou de tisane chaude après le repas fut conservé, quand il existait.

L'usage de boissons alcooliques fortes (apéritifs, liqueurs), soit journalier, soit intermittent, ainsi que l'usage du vin pur a été supprimé chez 4 malades (Obs. 4, 5, 12, 16).

L'action de cette correction a été mise en évidence chez le malade de l'observation 5, chez lequel l'habitude de l'apéritif était journalière.

La suppression ou la réduction importante des boissons à base de café ou de thé a été faite 9 fois (Obs. 1, 2, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 21), 5 fois la réduction a été totale, 3 fois elle fut seulement partielle (Obs. 1, 7, 21).

J'ai aussi supprimé l'absorption immodérée de tisanes entre les repas chez la jeune fille de l'observa-

1. Les trois premiers de ces malades n'étaient pas polydipsiques ; la correction fut faite en vue d'améliorer encore, si possible, l'état digestif.

tion 8 atteinte d'acné, absorption qui ne reposait que sur la croyance à une action dépurative problématique.

5° *Suppression du travail intellectuel et des lectures pendant et immédiatement après le repas.*

Cette prescription a été faite à 7 malades. 4 fois (Obs. 3, 4, 10, 14) la lecture a été supprimée au repas ; 4 fois (Obs. 3, 5, 13, 21) elle a été interdite après le repas pendant une demi-heure. Deux fois (Obs. 3 et 21) la suppression de cette lecture a été faite isolément.

Le rétablissement de la lecture au repas, supprimée trop tôt par erreur, a suffi à faire réapparaître quelques troubles digestifs, en particulier la pesanteur et la narcolepsie (Obs. 3) avec légère répercussion sur l'état du cuir chevelu.

A tous ces malades, j'ai conseillé, quand cela leur était possible, une *sieste* d'environ une demi-heure en position inclinée, le corps légèrement penché du côté gauche.

6° *Régularisation des heures de repas.*

Cette régularisation a été obtenue chez 2 malades (Obs. 1 et 14).

7° *Suppression des laxatifs et des purgatifs.*

L'usage répété des laxatifs et des purgatifs constaté chez 6 malades (Obs. 1, 2, 6, 8, 9, 12) a été chaque fois supprimé.

Au début, afin d'éviter aux malades de trop grandes difficultés pour aller à la selle, un lavement d'eau salée tiède était conseillé tous les deux jours. Très rapidement d'ailleurs, ce lavement ennuyeux devenait superflu, et la disparition de la constipation se poursuivait par la stricte application du régime diététique et la pratique de la gymnastique abdominale.

Adjuvants chimiques. — Je n'ai eu que rarement recours aux agents chimiques dans le traitement des dyspepsies ; encore était-ce parfois pour satisfaire aux exigences des malades. A part quelques prescriptions d'eau alcaline entre les repas, je n'ai employé que deux fois des médicaments :

1° Teinture de noix vomique contre l'inappétence (Obs. 6) ;

2° La médication alcaline sous forme de solution de Bourget dans l'observation 1 (dyspepsie flatulente).

Biothérapie de l'appareil génital

1° *Excès sexuels et onanisme.* — La suppression de l'onanisme, l'espacement des rapports sexuels furent conseillés aux malades (Obs. 3, 11, 20), en même temps que la diminution du nervosisme était recherchée par la pratique de la biothérapie.

2° *Troubles de la menstruation.* — Les troubles de la menstruation bénéficièrent du traitement biothérapique général.

Dans l'observation 1 (malade obèse), la bradyphagie, le rationnement, l'exercice, la gymnastique musculaire,

respiratoire et abdominale furent successivement mis en œuvre. A chaque diminution de poids, la malade devenait plus vive et plus alerte ; sa santé s'améliorait, et ses règles devenaient plus abondantes.

L'opothérapie ovarienne fut associée à la biothérapie dans l'observation 6 (aménorrhée).

Contre les ménorragies, les traitements ci-après furent employés, sur les indications du Dr Petitjean (service du Dr Siredey) :

1° Injections chaudes (Obs. 1, 9, 14) ;

2° Stérilisation ovarienne (Obs. 2).

Contre les *pertes blanches*, le traitement local consista en injections chaudes à base d'eau salée ou de liqueur de Labarraque. L'amélioration de la santé générale fut chaque fois recherchée par l'aération, la gymnastique respiratoire et musculaire, et une bonne diététique.

Biothérapie du système nerveux

Le surmenage intellectuel a été évité, le travail cérébral immédiatement après le repas a été supprimé.

Le nervosisme a été traité par l'ensemble des ressources générales de la biothérapie, en y joignant la suppression des causes extérieures d'irritation et l'éducation psychique.

L'érythrose a été traitée par la suppression des troubles fonctionnels de l'appareil digestif et par le massage facial. Les céphalées et les migraines bénéficièrent de la suppression des troubles fonctionnels de l'appareil digestif.

Les troubles de la calorification et l'acrocyanose furent traités selon la méthode bio-kinétique (1).

Traitements annexes.

Les lésions dentaires et gingivales furent chaque fois traitées. Les dentifrices irritants furent supprimés.

Les coryzas subaigus et chroniques furent traités par des lavages intra-narinaires quotidiens d'eau salée physiologique chaude (2).

La grippe, dans la période apyrétique, fut traitée par l'aération et la gymnastique respiratoire.

1. Cette méthode comprend, outre la biothérapie, l'emploi des moyens suivants :

1° *Pour les mains.* L'élévation des mains, les mouvements rapides de flexion et d'extension des doigts, les bras levés pendant cinq à dix minutes plusieurs fois par jour (L. Jacquet et Jourdanet. *Traitement des engelures*, Lecture à l'Académie de médecine, janv. 1910).

2° *Pour les pieds.* Le soir : *a*) une marche rapide, ou mieux des mouvements de marche sur place, pendant dix minutes.

b) Un bain de pieds prolongé d'eau salée chaude.

c) Au lit, l'élévation de la jambe, les mouvements de flexion et d'extension du pied, de flexion et d'extension des orteils pendant dix minutes. Si le froid des pieds persiste au moment du coucher, faire usage d'une bouillotte chaude ou d'un chauffe-pieds.

2. Les lavages intra-narinaires d'eau salée sont employés en rhinologie depuis très longtemps. Ils sont critiqués par certains rhinologistes, qui les considèrent comme susceptibles de provoquer des accidents. M. L. Jacquet, qui les emploie copieusement depuis de nombreuses années, en retire de grands avantages et n'a jamais observé le moindre désagrément, quand on les pratique avec douceur.

Aération, gymnastique respiratoire. — L'aération et la gymnastique respiratoire ont été prescrites à 6 malades (Obs. 1, 2, 3, 4, 6, 9). Je conseille matin et soir une séance de dix minutes de mouvements simples de gymnastique respiratoire (élévation, écartement et abaissement des bras, faits à l'air pur, en même temps que de longues inspirations et expirations par la voie nasale). Chaque fois que le malade se trouve dans un air pur et frais, il doit faire semblablement des mouvements respiratoires de grande amplitude.

Gymnastique musculaire. — La gymnastique musculaire a été prescrite à 7 malades (Obs. 1, 2, 3, 4, 6, 9, 16). J'ai tout d'abord préconisé les mouvements de la gymnastique pédagogique suédoise (Obs. 2 et 3), mais peu à peu j'y ai joint ou substitué les mouvements de la gymnastique athlétique française un peu délaissée, qui nécessite de la part des muscles une activité plus considérable, et qui est à ce titre éminemment « respiratoire » (divers rétablissements sur les bras, mouvements des bras avec poids, etc.).

J'ai cherché, autant que possible, à exercer les muscles des différentes parties du corps et j'ai toujours insisté pour que les différents mouvements soient faits avec effort. Le meilleur critérium d'un bon travail musculaire est l'apparition, à la fin d'une séance d'exercice, d'une légère fatigue. Si cette sensation n'apparaît pas, c'est que les mouvements sont faits en trop peu de temps ou avec mollesse.

La gymnastique abdominale et périnéale, dont la grande valeur dans le traitement de la constipation a

été mise en relief par le Dr Fernet, a été prescrite aux constipés.

La musculature de l'abdomen peut être exercée par des mouvements de flexion du tronc, soit dans la station debout, soit en position couchée. Dans cette dernière position, le travail effectué est beaucoup plus considérable, car le rétablissement du tronc dans la station verticale doit vaincre la force de pesanteur. Mais la contraction volontaire des muscles de l'abdomen, la contraction des muscles du périnée, du releveur de l'anus en particulier, dans la répétition de l'acte de la défécation, sont plus efficaces encore. 4 malades atteints de constipation chronique, datant de plusieurs années, furent soumis à la gymnastique abdominale (Obs. 1, 2, 6, 9), 2 furent guéris (Obs. 1 et 2) et les 2 autres améliorés (Obs. 6 et 9) (1).

1. Je suis heureux de confirmer avec M. L. Jacquet, les excellents effets de la gymnastique abdominale et périnéale sur la constipation. M. L. Jacquet estime que cette méthode a aussi une grande valeur dans le traitement des hémorroïdes et des dermatoses de la région ano-périnéale.

KINÉSITHÉRAPIE

Ambroise Paré, conseillant, dans les cas d'alopécie de frotter le cuir chevelu avec des feuilles de figuier, jusqu'à ce qu'on obtienne une vive rougeur, est un des précurseurs du massage du cuir chevelu. Jusqu'à présent le massage ne semble pas avoir joui d'une grande vogue et ne paraît jamais avoir été appliqué systématiquement au traitement des dépilations.

L. Jacquet (1900) dans le traitement de la pelade et de la dépilation diffuse préconise et emploie le massage cutané de la façon suivante :

« Le tégument à la tête, à la face ou ailleurs, est saisi, plissé, pétri, malaxé en tous sens entre les doigts, cela à pressions douces, puis progressivement renforcées. On doit agir ainsi trois, quatre, cinq et six fois par jour ou davantage sur le maximum d'étendue, et ne pas limiter cet effort à la zone déglabrée. »

Fiocco et *Locatelli* (1902) dont Beauchef (1) relate les résultats, ont porté sur le terrain expérimental la question du massage des régions pileuses. Fiocco et Locatelli, ayant opéré sur la peau du porc, ont constaté que, sur deux régions symétriques rasées en même temps, l'une étant massée et l'autre pas, il n'y avait pas de différence dans la pousse des poils ; par contre, sur deux

1. Beauchef. Thèse de Paris, 1902.

régions symétriques, l'une étant massée depuis plusieurs jours, et rasées en même temps, les poils poussaient plus vite sur la région massée jusqu'à un certain développement maximum.

Ces auteurs ont noté l'action du massage sur les débris épidermiques et les souillures dont il débarrasse la peau (ce qui doit nous faire pressentir son efficacité dans le pityriasis), l'hyperémie consécutive, l'action favorable sur la nutrition de la peau et les sécrétions glandulaires, son rôle kératoplastique, et enfin son action anesthésique sur les terminaisons nerveuses, qui indiquent son emploi dans le traitement symptomatique de la dermalgie et du prurit.

Sabouraud (1902) conseille dans les cas de calvitie au début, un massage à contre-poil destiné à faciliter la pénétration des agents médicamenteux. *Le massage* se fait *à l'aide du pouce*, qui reste immobile et « c'est la tête qui vient se masser sur le pouce aussi lentement et aussi durement que possible ».

Le massage n'est considéré par cet auteur que comme un moyen d'application exacte de la pommade à la surface de la peau et d'introduction de cette pommade au niveau des orifices pileux, celle-là seule étant active.

Le massage sans topique et le brossage à sec sont, d'après Sabouraud, « très loin de donner les résultats « que beaucoup de topiques peuvent fournir, seulement « l'action des topiques est augmentée quand leur ap- « plication est faite avec une part de mécanothérapie ».

Le *massage-expression* (expression des téguments entre les deux pouces) et le massage-mobilisation sont

recommandés par Brocq (1907) dans les cas de séborrhée et de calvitie commençante.

Unna (1907) considère le massage du cuir chevelu comme un moyen destiné à combattre l'épaississement du pannicule adipeux constaté par Pincus dans la calvitie et l'hypertrophie des glandes sébacées. Unna le pratique de la façon suivante :

« On applique le creux voûté des deux mains sur la tête du malade. On les tient d'abord éloignées l'une de l'autre de 2 à 3 centimètres environ, puis par saccades on les rapproche, et lorsqu'elles se touchent, on les éloigne de nouveau en procédant toujours par saccades, ce qui fait vigoureusement déplacer la peau. »

Unna constate l'hyperémie occasionnée par les frictions vigoureuses, puis l'accélération des échanges organiques, l'évacuation du contenu glandulaire stagnant, et enfin l'amoindrissement mécanique et périodique des glandes.

C'est sur les conseils de *M. L. Jacquet*, convaincu de son importance, que j'ai appliqué à mes malades le traitement par le massage et l'auto-mobilisation du cuir chevelu.

a) *Mobilisation active. Gymnastique du cuir chevelu.* — L'idée de mobiliser le cuir chevelu par la contraction des différents muscles insérés sur l'aponévrose épicranienne dans un but thérapeutique revient à L. Jacquet. Les traités de thérapeutique dermatologique et de kinésithérapie sont muets sur cette question.

L'aponévrose épicranienne est mobile par la contraction des muscles *frontal et occipital.*

Par sa face superficielle, cette aponévrose est intime-

ment adhérente au cuir chevelu, qui la suit dans ses déplacements ; par sa face profonde, elle est séparée du périoste par un tissu cellulaire lâche qui lui assure un glissement facile.

La contractilité des muscles frontal et occipital n'existe pas toujours, bien que chez certains sujets, qui en font même un objet de curiosité ou d'amusement, elle se soit développée à un degré extrême, à la suite d'un véritable entraînement. Cette contractilité faisait défaut dans près de la moitié des cas chez nos malades ; chez certains, le pouvoir contractile de ces muscles, bien qu'encore existant, était très faible et incapable de mouvoir l'aponévrose épicranienne. Dans ces cas, la contractilité peut être récupérée à la suite d'efforts patients et persévérants d'entraînement (1).

Le déplacement de l'aponévrose épicranienne et du cuir chevelu produit par la contraction des muscles frontal et occipital est de 2 à 3 centimètres chez les sujets entraînés. La puissance de contraction de ces muscles est assez rapidement épuisée. La fatigue vient après 2 à 3 minutes d'exercice, soit après une vingtaine ou une trentaine de contractions.

1. L'action des muscles auriculaires peut être aussi utilisée. Ces muscles insérés sur l'aponévrose épicranienne et sur les cartilages de l'oreille, sont surtout des muscles moteurs du pavillon de l'oreille. Ils ne sont pas signalés comme muscles moteurs de l'aponévrose épicranienne. Leur contractilité est encore plus rare que celle du frontal et de l'occipital, et les mouvements qu'ils sont susceptibles d'imprimer au cuir chevelu sont très réduits. Les fibres externes de l'occipital produisent aussi des mouvements du pavillon de l'oreille.

Les malades à qui on propose la mobilisation active du cuir chevelu ne manquent jamais d'objecter que ce traitement leur donnera des rides. Il n'en est rien. M. L. Jacquet a fait, pour les régions à muscles peauciers surtout, cette remarque d'une grande portée en thérapeutique dermatologique que « tant valent les muscles sous-jacents, tant vaut la peau qui les recouvre », et il applique quotidiennement ce principe dans le traitement de l'empâtement et des dermatoses de la face par la mimique et la gymnastique faciales. L'exercice du muscle frontal ne produit pas de rides, au contraire. Une de mes malades fait depuis plus d'une année deux séances quotidiennes de mobilisation active du cuir chevelu. Son front est moins ridé qu'avant la pratique de cette gymnastique.

Il convient d'associer, dans la pratique de cette gymnastique, à la contraction du frontal, celle des muscles antagonistes (sourcilier, pyramidal). Les contractions des muscles sourciliers ramassent en rides verticales la peau du front et de la région intersourcilière. Leur action sur la peau du front est ainsi inverse de celle du frontal et capable d'enrayer le développement de rides transversales.

b) *Massage du cuir chevelu.* — Ce moyen thérapeutique n'est efficace qu'à la condition de ne pas s'en tenir aux manœuvres de douceur. Le but cherché est d'obtenir une réaction vaso-motrice vive et durable, une forte excitation des follicules pileux et de l'épiderme, une mobilité et une élasticité du derme en voie d'épaississement et de densification.

Le massage du cuir chevelu participe à la fois du *pétrissage*, de l'*expression* et de la *mobilisation*.

Je l'ai pratiqué selon les principes posés par L. Jacquet, et j'en ai régularisé la technique de la façon suivante :

Les deux mains sont placées en face l'une de l'autre, à 3 ou 4 centimètres de distance. Elles reposent sur le cuir chevelu par l'extrémité des doigts légèrement écartés. Un premier mouvement tend à les rapprocher, en modifiant le moins possible leurs points d'appui, par plissement du cuir chevelu. Un deuxième mouvement les éloigne, sans perdre le contact du cuir chevelu, et ainsi de suite. Ce mouvement de va-et-vient doit être exécuté un grand nombre de fois sur la même région. Il produit, quand il est bien fait, un bruit particulier dû au froissement des cheveux. Toutes les régions du cuir chevelu, mais particulièrement le sinciput, doivent être successivement massées. La durée totale d'un massage doit être de dix à quinze minutes.

Chez la femme, il est bon de procéder par raies successives, 3 ou 4, souvent indiquées par la coiffure, ce qui permet d'emmêler beaucoup moins les cheveux. Le pourtour du cuir chevelu (nuque et régions temporales) doit être aussi massé. Le temps dévolu au massage de ces différentes régions est de dix minutes pour la région du sommet et quatre à cinq minutes pour les parties latérales.

Tous les doigts, même le pouce, doivent être actifs. Ce n'est plus le pouce seul, agent immobile, devant lequel se déplace la tête, ni les creux voûtés des deux mains qui se rapprochent ou s'éloignent par saccades ; mais

c'est la pulpe extrême de tous les doigts, formant autant de points d'appui solides, qui rapproche et écarte, d'un mouvement rapide, progressif et continu, les différentes régions du cuir chevelu.

Les séances de massage doivent être au début quotidiennes et même bi-quotidiennes (10 à 15 minutes par séance) si l'on veut obtenir un effet rapide. Des séances tous les deux jours ou même bi-hebdomadaires peuvent être ensuite employées ; mais des séances irrégulières, intermittentes ou accidentelles sont peu efficaces, puisqu'il s'agit là d'une méthode d'entraînement des tissus.

Le massage peut être appliqué par le sujet lui-même, qui ramène ses deux mains au-dessus de sa tête, et exécute aussi longuement et aussi exactement qu'il lui est possible, les manœuvres indiquées plus haut.

Quelques instants d'application d'un pareil massage provoquent une violente réaction locale, qui témoigne de son efficacité.

J'ai fait plusieurs fois suivre le massage tel que je l'ai décrit de mouvements particuliers de mobilisation, faciles à effectuer par les malades, et consistant en déplacements du cuir chevelu sur les plans profonds d'avant en arrière, d'arrière en avant et de latéralité. Cette mobilisation passive peut, en tant que complément, être avantageusement associée au massage.

Action du massage du cuir chevelu. — Agréable et bienfaisant, tel est, peut-on dire, le massage du cuir chevelu.

L'excitation vive et directe des terminaisons sensitives

du cuir chevelu sain, et plus encore quand il est malade, produit une sensation de décongestion, de détente et d'apaisement, pendant le massage d'abord et plus encore après celui-ci.

Il semble aux malades qu'ils ont la « tête plus légère, plus libre, plus dégagée » (Obs. 2).

Cette eudermie consécutive au massage a été constatée chez la plupart des malades ainsi traités (1).

Examinés d'une façon plus détaillée, voici quels sont les différents effets du massage du cuir chevelu.

Le massage produit tout d'abord une *hyperémie* violente, mais passagère, qui se traduit par de la *rougeur superficielle* et une élévation de température du cuir chevelu.

La rougeur est facile à constater. Elle est particuliè-

1. L'action bienfaisante d'un massage vigoureux de la face, du front et des tempes sur la sensibilité a été mise à profit depuis longtemps par des masseurs suédois dans le traitement de la migraine. L. Jacquet a vérifié maintes fois cette action thérapeutique : un massage énergique, pratiqué à petits coups serrés avec le plat des ongles, les doigts étant recourbés en crochet, particulièrement dans la région temporale, suffit à faire disparaître presque immédiatement une migraine en cours. A cette action à distance d'une violente excitation de la face sur le cerveau, il propose de donner le nom de *réflexe céphalo-cortical*, plutôt que celui de réflexe facio-céphalique qu'il avait autrefois préconisé.

Dans un cas cependant (Obs. 8), le massage du cuir chevelu n'empêcha pas, à plusieurs reprises, chez une malade ayant des migraines quotidiennes, leur apparition. Ces migraines, apparues à l'occasion du massage ou immédiatement après lui, étaient moins fortes et plus fugaces que précédemment. Elles disparurent complètement dans la suite du traitement biokinétique.

rement prompte et vive chez les sujets présentant des crises thermiques ou de l'érythrose du cuir chevelu.

L'élévation de température du cuir chevelu est en moyenne de 1 à 2°. Je l'ai vue atteindre près de 3°, alors que d'autres fois elle n'était que de quelques dixièmes de degré. Elle varie avec l'intensité du massage, l'état de l'atmosphère et le degré de la température extérieure, le temps écoulé depuis la cessation du massage. J'ai vu cette élévation être encore de 1°,2 une demi-heure après le massage (Obs. 2, 4 juillet 1910).

MM. Fiocco et Locatelli ont constaté que l'hyperémie est plus évidente, mais moins durable, pendant les premières séances de massage, et qu'elle devient moins évidente et plus durable après des séances prolongées. J'ai constaté dans l'observation 2, qu'après des séances prolongées, l'élévation thermique était plus marquée et plus durable.

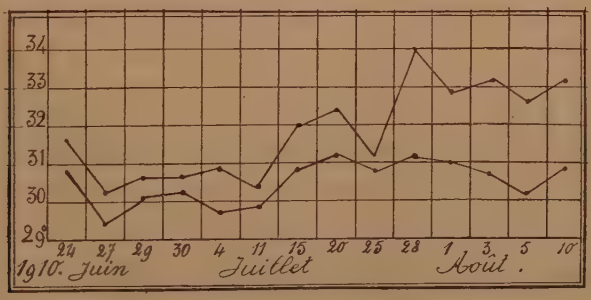

Fig. 6. — Températures du cuir chevelu avant et après le massage. (Observation II)

Légende. — La ligne inférieure représente la température du cuir chevelu avant le massage, la ligne supérieure après massage vigoureux d'une durée de dix minutes environ.

24 juin 1910. Temp. moyenne : 18°.
27 juin — — 14°7.
29 juin — — 16°.
30 juin — — 16°.
4 juillet — — 13°. (Temps frais. — La température du cuir chevelu a été prise une demi-heure après le massage) ;
11 juillet 1910. Temp. moyenne : 13°5. (Temps frais).
15 — — — 21°. (Temps chaud).
20 — — — 20°7. (Temps assez chaud).
25 — — — 16°8. (Temps frais).
28 — — — 20°.
1er août — — 18°.
3 — — — 17°6. (Temps frais).
5 — — — 16°2. (Temps pluvieux).
10 — — — 19°5. (Temps chaud).

Après le repas, la différence de température constatée paraît moindre, par suite de l'élévation de température du cuir chevelu pendant la période digestive. Chez un de mes malades, j'ai constaté les écarts suivants :

A jeun (Obs. 11) : avant massage du cuir chevelu, température : 31°2 ; après massage du cuir chevelu, température : 32° ; différence : 0°8.

1 heure 1/4 après le repas de midi : avant massage du cuir chevelu, 31°4 ; après massage du cuir chevelu, 31°8 ; différence : 0°4.

Cette élévation de température est fréquemment perçue par les malades qui éprouvent une forte impression de chaleur. Chez l'un d'eux, cette réaction thermique durait près de deux heures.

A la phase hyperémique, fait suite une phase de vasoconstriction et de pâleur, pendant laquelle le cuir chevelu reprend sa température et sa coloration normales. A cette période correspondent plus particulièrement les sensations de bien-être et de décongestion céphaliques, d'euphorie et d'eudermie (1).

Contre-indications. — Le massage n'est contre-indiqué que dans le cas où existerait une dermalgie trop vive. La dermalgie devrait être préalablement diminuée par la biothérapie.

Brossage du cuir chevelu.

Le brossage du cuir chevelu n'a guère été envisagé jusqu'à présent que comme moyen de toilette (2). L'application des pommades au cuir chevelu se fait fréquemment à l'aide d'un brossage léger avec une brosse à dents, enduite de pommade.

1. Le Dr Leroy, dans une thèse faite sous l'inspiration de M. L. Jacquet a montré les bons effets du massage dans le traitement des dermatoses de la face et étudié, dans diverses conditions, l'action du massage sur la température. Je rapproche des intéressants résultats qu'il a obtenus les différents effets du massage appliqué au cuir chevelu. R. Leroy. *Le massage plastique dans les dermatoses de la face.* Thèse de Paris, 1908.

2. Me plaçant exclusivement au point de vue thérapeutique, j'ai laissé de côté l'étude de la toilette et des différentes façons d'y procéder. Mes malades ont continué à se servir de leur peigne habituel, large ou fin. Le peigne fin est condamné par Sabouraud, qui le trouve « ordinairement détestable, car il ense-« mence sur une tête entière un pityriasis localisé ». Sabouraud. *Les maladies séborrhéiques*, p. 333.

Brocq (1907) conseille de brosser le cuir chevelu « dans le sens de la coiffure avec assez d'énergie pour « que l'on éprouve une certaine sensation de chaleur « agréable au cuir chevelu, sans cependant arriver à « l'irriter. »

Le brossage tel que je l'ai appliqué sur le conseil de L. Jacquet (1), ne tient pas compte du genre de coiffure, mais il consiste à frotter à sec, vigoureusement et dans tous les sens, le cuir chevelu avec une brosse piquante, pendant quatre ou cinq minutes, jusqu'à ce qu'on obtienne une vive réaction vasculaire. Les manœuvres doivent être quotidiennes ou bi-quotidiennes.

La réaction locale obtenue par le brossage est de même ordre que celle obtenue par le massage, c'est l'hyperémie du cuir chevelu. Cette hyperémie ne sera importante et ne pourra être de quelque utilité thérapeutique qu'à la condition que le brossage soit vigoureux.

Le brossage a été étudié d'une manière particulièrement suivie et prolongée, chez la malade de l'observation 1, où il fut pratiqué pendant près d'une année.

Le brossage hâte la chute des poils à bulbe plein et fait tomber beaucoup de cheveux au début de son application. Chez cette malade la dépilation devint à la suite du brossage 4 à 5 fois plus considérable. Cette augmentation n'est d'ailleurs que passagère, et deux à trois mois après, malgré le brossage, la dépilation revint à un niveau voisin de ce qu'elle était antérieurement.

Le brossage d'application facile chez l'homme, qui

1. L. Jacquet a obtenu d'excellents résultats du brossage dans le traitement de l'érythrose faciale.

porte les cheveux courts est d'application plus difficile chez la femme qui a une abondante chevelure. Les cheveux forment un coussin qui empêche que la brosse attaque directement le cuir chevelu, et ils sont exposés à être par le massage emmêlés et brisés. On est alors obligé de procéder, comme pour le massage, par raies successives.

Il n'en va plus de même chez les femmes à chevelure déjà clairsemée, où le brossage peut être appliqué d'emblée, vigoureusement et dans tous les sens comme chez l'homme. Il en était ainsi chez notre malade, qui put, sans ennui, brosser bi-quotidiennement sa chevelure pendant près d'une année. Les cheveux nouveaux ne furent en aucune façon lésés par cette thérapeutique, mais bien au contraire la repousse s'accentuait peu à peu par le renforcement de la vitalité et de la coloration des follets (1).

Application de la kinésithérapie. — La mobilisation active n'a pu être pratiquée que par 3 malades sur 4 à qui elle fut conseillée (Ob. 1, 9, 16).

J'ai appliqué le *massage* du cuir chevelu à 9 malades (Obs. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 16). Le massage a été pratiqué par des masseuses ou par moi-même chez 5 d'entre eux (Obs. 2, 5, 6, 7, 11). Les autres malades faisaient eux-mêmes leurs massages.

1. Cependant à cause de la dépilation importante produite par le brossage, ce moyen thérapeutique doit être appliqué avec prudence. En particulier dans l'observation 1, nous nous demandons, avec M. L. Jacquet, si le brossage, appliqué vigoureusement, n'a pas trop accéléré la chute des cheveux anciens, et lésé, par arrachement brusque, la paroi folliculaire.

La durée du traitement a varié d'une quinzaine de jours à une année et même davantage (Ob. 1, 2).

Des mouvements de mobilisation passive ont été associés plusieurs fois au massage (Obs. 1, 2, 9, 16) et ont été pratiqués une fois à l'état isolé (Obs. 2).

Le *brossage* a été appliqué chez 3 malades (Obs. 1, 3, 21).

CHIMIOTHÉRAPIE

Cette étude ayant pour but l'action de la biothérapie et de la kinésithérapie dans le traitement des dépilations, je n'ai envisagé qu'accessoirement la thérapeutique par les agents chimiques. Son étude a d'ailleurs été faite de façon complète par des maîtres de la dermatologie contemporaine et je n'ai rien à y ajouter.

Sans vouloir restreindre son importance et sa nécessité, je pense que la part de la biothérapie est au moins des 3/4 dans la thérapeutique des dépilations et que cette méthode est la seule à avoir une valeur prophylactique.

Je me suis fait une règle de n'employer, pendant la première partie du traitement, ni pommades, ni lotions ; les malades continuaient les quelques soins de propreté qu'ils donnaient à leur cuir chevelu : toilette quotidienne, lavages hebdomadaires ou de quinzaine au savon de Marseille ou au bois de Panama, suivant l'état plus ou moins gras de leur cuir chevelu. Même certains malades (Obs. 3, 21), ne donnant à leur cuir chevelu d'autre soin que le peignage et le brossage de

chaque jour, furent améliorés et guéris sans l'intervention d'aucun agent chimique, même de l'eau pure.

Pour satisfaire aux exigences et aux impatiences des malades, qui ne se croient pas traités sans agent chimique, et aussi pour en étudier l'action, j'ai prescrit à quelques malades améliorés par la biothérapie, un traitement chimique externe.

En outre, et cela peut être considéré comme une annexe du traitement chimiothérapique, j'ai recherché l'influence des lavages sur la dépilation.

Influence des lavages du cuir chevelu sur la dépilation et les symptômes réactionnels.

A. — *Influence des lavages du cuir chevelu sur les symptômes réactionnels.* — Les lavages du cuir chevelu ont une heureuse et incontestable influence sur les symptômes réactionnels.

Les lavages font disparaître temporairement les symptômes sensitifs : dermalgie et prurit. La dermalgie est moindre sur un cuir chevelu qu'on vient de laver ou de lotionner (Obs. 2). Un cuir chevelu propre, débarrassé de ses pellicules ou de sa séborrhée, n'est plus ou est moins prurítique. Mais au bout de quelques jours les troubles sensitifs reparaissent.

Sur la séborrhée et le pityriasis les effets du lavage sont non moins évidents, mais aussi très passagers. Dès le lendemain et même au bout de quelques heures (Obs. 1) le cuir chevelu était aussi gras ; dès le lendemain, il y avait autant de pellicules (Obs. 2, etc.) ; c'est que le

lavage s'attaque au résultat de l'hypersécrétion glandulaire et de l'hyperkératose et non à la cause profonde de ces troubles.

B. — *Influence des lavages du cuir chevelu sur la dépilation.* — Il faut envisager successivement : 1° l'action *mécanique* du lavage sur le rythme de la dépilation ;

2° L'action thérapeutique des lavages.

1° *Influence des lavages sur le rythme de la dépilation.* — C'est un fait banal d'entendre dire aux malades que leurs cheveux tombent davantage le jour du lavage de tête. Pour me rendre compte de ce fait, j'ai pesé la dépilation quotidienne de plusieurs malades soumises à des lavages hebdomadaires du cuir chevelu. Chez l'une d'entr'elles (Obs. 2), la dépilation quotidienne a été suivie pendant une année. (Cf. courbe de dépilation, n° 2, pages 86 et 87).

L'augmentation de la dépilation le jour du lavage est habituellement considérable. Elle peut atteindre le triple ou le quadruple de la dépilation quotidienne, formant sur le tracé autant d'élévations angulaires aiguës.

La dépilation le lendemain du lavage est habituellement des plus faibles. Il y a chute brusque de la dépilation, parfois cependant elle est encore un peu élevée, peut-être parce que certains cheveux, ébranlés par les manœuvres du lavage de la veille, n'ont pas été *le jour même* entraînés par la toilette consécutive.

Après ce minimum, la dépilation faible encore un jour ou deux reprend progressivement une marche ascendante, qui atteindra son maximum au prochain lavage (Cf. courbe n° 2).

Si l'on vient à espacer les lavages du cuir chevelu, l'ascension de la courbe de dépilation après le lavage est plus irrégulière (Cf. Obs. 2, décembre 1910-janvier 1911).

Si on les rapproche, si on fait par exemple un lavage tous les deux jours ou un lavage bi-hebdomadaire, la dépilation reproduit fidèlement par son rythme, les diverses manœuvres de nettoyage qui ont été faites. Ainsi dans l'observation 2 l'application d'une pommade cadique, nécessitant tous les deux jours un nettoyage éthéro-alcoolique fit changer le rythme de la dépilation. Ce rythme devint régulièrement *alternatif*, présentant successivement des maxima en rapport avec les jours de lavage, et des minima les jours intermédiaires (Obs. 2, fin octobre 1910).

Ainsi, envisagés au point de vue de leur action mécanique, les lavages, de même que les autres manœuvres extérieures (massage, brossage), retentissent de façon importante sur la dépilation ; le rythme de la dépilation se modèle sur ces manœuvres.

2° *Action thérapeutique des lavages du cuir chevelu.* — Il est difficile de se rendre compte des influences et des traitements extérieurs sur la marche de la dépilation, car celle-ci pendant la durée de l'expérience reste soumise aux fluctuations et modifications de la santé. Il faut choisir une malade dont le taux de la dépilation soit à peu près en équilibre, et assez élevé, afin de pouvoir observer des différences.

J'ai tenté cette évaluation chez une malade atteinte de pityriasis stéatoïde, qui faisait depuis plus d'un an

des lavages hebdomadaires du cuir chevelu et dont la dépilation quotidienne importante était à un taux à peu près constant (Obs. 2).

La suppression des lavages fut faite pendant cinq semaines, du 14 septembre au 20 octobre 1910, alors que Mme B..., malgré quelques troubles fonctionnels, digestifs et génitaux, était à peu près en état d'équilibre organique. Cet équilibre ne fut pas troublé pendant la durée de l'épreuve.

La dépilation élevée était à un taux à peu près stationnaire depuis plusieurs semaines.

Depuis cinq semaines, la moyenne était de 2 gr. 20 par semaine et la dépilation de la dernière semaine était de 2 gr. 06.

La première semaine où les lavages furent supprimés, la dépilation fut.	de 2 gr. 17
La deuxième semaine	de 2 gr. 66
La troisième semaine	de 2 gr. 62
La quatrième semaine.	de 2 gr. 98
Soit en moyenne.	2 gr. 60

enfin la semaine suivante, où fut fait un lavage de tête la dépilation atteignit le chiffre important de *3 gr. 95*, soit un chiffre presque double de la dépilation hebdomadaire moyenne (0 gr. 94 pour le seul lavage).

D'après cette observation, nous voyons que la dépilation, malgré une très légère diminution pendant la première semaine sur la moyenne précédente, s'éleva progressivement pendant les semaines suivantes, jusqu'à

atteindre un niveau inconnu jusqu'alors. La dépilation moyenne fut plus forte que précédemment, alors que des lavages du cuir chevelu étaient régulièrement pratiqués.

Cependant, dans la même observation, des maxima presque aussi élevés furent observés, en dépit des lavages, et il y eut l'année suivante (15 septembre-fin octobre) la même oscillation automnale de la dépilation, à la suite, il est vrai, de troubles de la ménopause.

Deux malades purent être, l'un guéri (Obs. 4) et l'autre amélioré (Obs. 21), malgré une absence complète de lavages.

Sabouraud a montré mieux que personne l'utilité des lavages du cuir chevelu. Comment agissent-ils? Est-ce en diminuant le microbisme local? L'ensemble de ce travail montre que cette conception est peu admissible, et on sait bien qu'il est impossible de réaliser l'asepsie des follicules pilo-sébacés. Je pense, avec M. L. Jacquet, que l'action des lavages (1), s'explique par la suppression ou la diminution de l'encombrement cutané et de la rétention glandulaire. Ils entretiennent ainsi la bonne vitalité du cuir chevelu et des follicules pileux, et sont susceptibles d'abaisser le taux de la dépilation.

Chimiothérapie. — Les formules de préparations chimiques que j'ai employées ont été en partie empruntées à l'excellent formulaire donné par le Dr Sabouraud. Les goudrons, le soufre, les polysulfures, les lotions résorcinées et salicylées, et quelques lotions plus com-

1. Lavages pratiqués au bois de Panama ou au savon de Marseille, et même lavages-dégraissages à l'éther de pétrole ou avec les mélanges éthéro-alcooliques.

plexes furent employés. Deux malades atteints de phtiriase de tête furent traités selon la méthode habituelle (acide acétique, sublimé).

Beaucoup de mes malades avaient déjà suivi des traitements chimiques, ordonnés par des spécialistes à la consultation de l'hôpital Saint-Louis ou à celle de la clinique Lailler, avec des résultats toujours très passagers.

Sept de mes malades seulement furent traités par les agents chimiques, à leur demande, ou comme complément de la biothérapie (Obs. 1, 2, 5, 9, 17, 19, 20).

Les résultats pourront être cherchés particulièrement dans les observations 1 et 2 et dans les courbes de dépilation qui les accompagnent.

RÉSULTATS

I. — Résultats locaux

A. — *Résultats sur la dépilation*

Huit malades ont été traités uniquement par la biothérapie, sans l'intervention du massage et d'agents chimiques (Obs. 4, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 20).

La dépilation disparut chez 4 d'entre eux (Obs. 4, 8, 10, 15) et diminua chez les 4 autres.

Six malades furent traités par la biothérapie associée au massage, sans l'intervention d'agent chimique (Obs. 3, 6, 7, 11, 16, 21).

Cinq furent guéris (Obs. 3, 6, 7, 11, 16).

Un fut amélioré (Obs. 21).

Cinq malades furent traités par la biothérapie, le massage et les agents chimiques (Obs. 1, 2, 5, 9, 17).

Trois furent guéris (Obs. 2, 5, 17).

Un fut amélioré (Obs. 1).

Une malade (Obs. 9), n'obtint qu'une amélioration passagère, par suite d'un traitement très incomplètement appliqué et de la persistance de troubles fonctionnels de l'appareil génital.

Le traitement chimique fut exclusivement employé chez deux malades atteints de phtiriase (Obs. 18, 19). Il y eut dans ces deux cas diminution de la dépilation.

En résumé il y eut :

Douze guérisons ;

Huit améliorations importantes ;

Une amélioration passagère de la dépilation, avec disparition des symptômes sensitifs.

Une repousse importante (1/3 de la chevelure en plus dans l'Obs. 7) a été constatée chez 12 malades (Obs. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 20).

La dépilation des cils et des sourcils s'arrêta chez les malades des observations 1, 3, 4. Il y eut repousse de la tête des sourcils chez la malade de l'observation 1.

B. — *Résultats sur les symptômes connexes.*

Les symptômes connexes, intimement liés à la dépilation, sont les premiers amendés par la biothérapie. Leur disparition, qui se fait dans un ordre déterminé, précède habituellement l'arrêt de la dépilation ou coïncide avec lui.

Modifications dans la consistance. — Chez 5 malades traités par la bio-kinétique (Obs. 1, 2, 3, 5, 9) le cuir chevelu, qui était empâté chez 2 malades, s'assouplit et recouvra sa mobilité (Obs. 1, et 3). Hypotonique chez le malade de l'observation 5, il s'affermit et prit une consistance voisine de la normale. Bien que la mobilisation active fût déclarée impossible, il prit une consistance uniforme et égale chez la malade de l'observation 2 qui présentait, côte à côte des zones d'empâtement et des zones d'hypotonie.

La tonicité du cuir chevelu fut peu modifiée chez la malade de l'observation 9 (Application incomplète du traitement, troubles persistants de l'appareil génital).

Crises thermiques. — *Dix* malades présentaient des crises thermiques. La thermesthésie existait chez 5 (Obs. 8, 9, 11, 12, 17). Cette sensation disparut chez les 5 malades, et chez 4 d'entre eux il n'y eut plus de crise objective. Chez les 5 autres, les crises thermiques diminuèrent d'intensité. La thermesthésie disparut seule dans l'observation 9, l'hyperthermie étant encore constatable.

L'érythrose passive diminua parallèlement chez ces malades. Cette réaction disparut dans deux cas où elle était d'intensité moyenne (Obs. 2 et 5). Elle diminua 8 fois (Obs. 1, 4, 6, 7, 8, 12, 17, 20).

L'érythrose passive est restée stationnaire chez la malade de l'observation 9.

Prurit. — Chez 7 malades le prurit disparut complètement (Obs. 2, 3, 6, 9, 11, 15, 17).

Il diminua de façon importante chez 9 autres (Obs. 4, 5, 7, 10, 13, 14, 18, 19, 21); chez 3 de ces malades

(Obs. 4, 5, 14) il était très réduit, insignifiant, et « presque nul ».

La guérison porte aussi bien sur les cas où le prurit était violent (4 cas, Obs. 2, 6, 9, 15) que dans ceux où il était modéré (Obs. 11) ou même léger (Obs. 3 et 17).

Dermalgie. — Sur 14 malades atteints de dermalgie, *dix* furent guéris (Obs. 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 15, 17, 21) ; *Quatre* furent améliorés (Obs. 4, 7, 10, 13).

Non seulement le cuir chevelu n'était plus douloureux chez les premiers malades, mais encore ils pouvaient supporter sans réaction douloureuse du cuir chevelu le poids des peignes et des épingles et le port prolongé d'un chapeau. Les postiches lourds étaient mieux tolérés.

La vive hyperesthésie des follicules pileux disparut dans les cas observés (Obs. 2, 10, 13).

La marche extensive de certaines zones d'hyperesthésie, sièges d'une dépilation plus massive, où toutes les conditions des aires prépeladiques étaient réunies, et où en effet la pelade était à redouter, put être enrayée dans l'observation 17.

Séborrhée. — Sur 15 cas, la séborrhée disparut complètement chez 5 malades (Obs. 6, 8, 11, 16, 17), 2 furent traités par la seule biothérapie (Obs. 8, 17), 3 reçurent en outre ou pratiquèrent eux-mêmes des massages du cuir chevelu.

La séborrhée diminua de façon importante chez 9 autres (Obs. 1, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 20, 21).

Dans l'observation 9 il n'y eut qu'une amélioration passagère, malgré une réforme diététique assez sévère

et quelques adjuvants chimiques, des troubles importants de l'appareil génital n'ayant pu être modifiés.

Dans diverses observations (Obs. 1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, etc.), les résultats furent particulièrement saisissants.

Les résultats importants obtenus sur la séborrhée dans l'observation 1 (cas de Mme X..., 37 ans), là où toutes les méthodes chimiothérapiques avaient échoué, ont été rapportés plus haut.

Dans l'observation 11 (M. R..., étudiant, 23 ans), la séborrhée s'était manifestée dès l'âge de 16 ans et augmentait depuis huit ans. Cette séborrhée diminua rapidement et disparut par le traitement bio-kinétique.

La séborrhée, lors de sa régression, laisse souvent apparaître un pityriasis, dont la manifestation coïncidant avec l'atténuation de la séborrhée, peut être envisagée comme un phénomène favorable.

Hyperidrose. — Sur 14 cas, l'hyperidrose disparut chez 8 malades (Obs. 4, 6, 8, 10, 11, 16, 17, 19).

Elle diminua de façon importante chez les 6 autres (Obs. 1, 3, 5, 7, 13, 20).

Pityriasis. — Il y eut guérison du pityriasis, ramené à un taux normal chez 9 malades (Obs. 2, 6, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 20).

Il fut diminué de façon très notable chez 9 autres (Obs. 3, 4, 5, 12, 13, 14, 18, 19, 21).

L'évolution régressive du pityriasis stéatoïde en pityriasis sec fut constatée plusieurs fois (Obs. 2, 4, 12, 14, 15).

J'ai résumé dans le tableau suivant les résultats obtenus sur la dépilation et sur les symptômes concomi-

tants. Ces résultats sont de même ordre et de même sens. Il est impossible de modifier un symptôme quelconque, sans agir du même coup sur les symptômes connexes, et même sur la dépilation.

La comparaison de l'époque de la disparition de ces différents symptômes permet de dresser une échelle de disparition des troubles du cuir chevelu superposable à celle de leur apparition.

Diagramme involutif habituel
des troubles connexes à la dépilation.

1° Prurit ;
2° Dermalgie ;
3° Pityriasis ;
4° Séborrhée. Hyperidrose ;
5° Dépilation.

La dépilation est le symptôme qui disparaît le dernier, et nous voyons dans quelques observations du tableau une diminution et même une persistance de la dépilation (Obs. 9) malgré la guérison des symptômes sensitifs.

N°s des obs.	DÉSIGNATION des malades	TRAITEMENTS			RÉSULTATS						
		Biothérapie	Kinétique générale	Kinétique locale	Crises thermiques. — Erythrose passive	Prurit	Hyperesthésie et dermalgie	Pityriasis	Séborrhée	Hyperidrose	Dépilation
1	Mme X., 37 ans.	Digestive.	Kinétique générale.	Massage, automobilisat., brossage.	Dim.	»	»	»	Dim.	Dim.	Dim.
2	Mme B., 40 ans.	Digestive, génitale, nerveusé.	Kinétique générale	Massage, mobilisat.	»	Guér.	Guér.	Guér.	»	»	Guér.
3	M. Di., 20 ans.	Digestive, génitale.	Kinétique générale.	Massage, brossage.	»	Guér.	Guér.	Dim	Dim.	Dim.	Guér.
4	M. Del., 21 ans.	Digestive.	Kinétique générale.	»	Dim.	Dim.	Dim.	Dim.	»	Guér.	Guér.
5	M. K., 28 ans.	Digestive.	»	Massage.	»	Dim.	Guér.	Dim.	Dim.	Dim.	Guér.
6	Mlle B., 18 ans.	Digestive, génitale.	Kinétique générale.	Massage.	Dim.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.
7	Mlle H., 25 ans.	Digestive.	»	Massage.	Dim.	Dim.	Dim.	»	Dim.	Dim.	Guér.
8	Mlle Bl., 21 ans	Digestive.	»	»	Guér.	»	Guér.	»	Guér.	Guér.	Guér.
9	Mlle B., 16 ans	Digestive.	Kinétique générale.	Massage, automobilisat.	Dim.	Guér.	Guér.	Guér.	Dim., puis *st. quo*	»	Dim., puis *st. quo*
10	Mme G., 23 ans.	Digestive, nerveuse	»	»	»	Dim.	Dim.	Guér.	Dim.	Guér.	Guér.

Nos des obs.	DÉSIGNATION des malades	TRAITEMENTS			RÉSULTATS						
		Biothérapie	Kinétique générale	Kinétique locale	Crises thermiques. — Érythrose passive	Prurit	Hyperesthésie et dermalgie	Pityriasis	Séborrhée	Hyperidrose	Dépilation
11	M. R., 24 ans.	Digestive.	Kinétique générale.	Massage.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.
12	Mme D., 25 ans.	Digestive.	»	»	Guér. Dim.	Dim.	»	Dim.	Dim.	»	Dim.
13	Mme D., 30 ans.	Digestive.	»	»	Dim.	Dim.	Dim.	Dim.	Dim.	Dim.	Dim.
14	Mme Bl , 35 ans.	Digestive, génitale.	»	»	»	Dim.	»	Dim.	»	»	Dim.
15	Mlle B., 32 ans.	Digestive.	»	»	»	Guér.	Guér.	Guér.	»	»	Guér.
16	M. W., 23 ans	Digestive.	Kinétique générale.	Massage, automobilisat.	»	»	»	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.
17	Mlle S., 29 ans.	Digestive.	»	»	Guér. Dim.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.	Guér.
18	Mlle R , 11 ans	Médication chimique antiparasitaire.			»	Dim.	»	Dim.	»	»	Dim.
19	Mme F., 23 ans.	Médication chimique antiparasitaire.			Dim.	Dim.	»	Dim.	»	Guér.	Dim.
20	M. P., 19 ans..	Digestive, génitale.	»	»	Dim.	»	»	Guér.	Dim.	Dim.	Dim.
21	Mme T., 35 ans.	Digestive, nerveuse	»	Massage, brossage.	»	»	Guér.	Dim.	Dim.	»	Dim.

Les malades des observations 1, 2, 5, 9, 17 furent aussi traités, de façon passagère, par les agents chimiques.

II. — Résultats généraux

A. — *Troubles digestifs.* — Sur 18 dyspepsies, 15 ont été guéries, 2 ont été diminuées (1).

La lourdeur postprandiale disparut 12 fois sur 13 cas.

Le ballonnement disparut 9 fois sur 11 cas.

La paresse digestive disparut 6 fois sur 6 cas.

Les crises gastriques douloureuses disparurent dans le cas observé.

La fétidité de l'haleine disparut dans le cas observé.

La narcolepsie disparut 9 fois sur 9 cas.

La cryesthésie disparut dans le cas observé.

Le pyrosis disparut 7 fois sur 7 cas.

Les éructations disparurent 2 fois sur 2 cas.

Les régurgitations disparurent 3 fois sur 3 cas.

Les fringales disparurent 3 fois sur 3 cas.

L'inappétence fut diminuée dans le cas observé.

La constipation a disparu complètement chez 5 malades et a diminué notablement chez 3 autres (application incomplète de la méthode bio-kinétique.)

L'entéro-colite muco-membraneuse, a été très diminuée dans le cas observé.

Dans 2 cas (Obs. 1 et 2) où l'examen somatique comparatif a été fait avant et après traitement diététique, la dilatation et l'hyperesthésie stomacales étaient très diminuées.

1. La dernière malade ayant refusé d'emblée tout traitement diététique (Obs. 19), il n'en sera pas tenu compte dans l'appréciation des résultats.

L'érythrose faciale postprandiale avait disparu chez 18 d'entre eux sur 19. Parallèlement l'érythrose émotive était beaucoup moins forte.

Les céphalées et migraines ont disparu 10 fois sur 11 cas.

Le travail intellectuel après le repas fut rendu facile et même possible dans deux cas (Obs. 3 et 11). Dans ce dernier cas, l'impossibilité de l'étude qui durait pendant trois heures après le repas de midi fut ramenée à une heure environ. Les pertes de mémoire disparurent.

B. — *Appareil génital.* — La *suppression des excès sexuels* et de l'*onanisme* parut réalisée chez 2 malades (Obs. 3, 11). L'éréthisme génital diminua chez 2 malades (Obs. 11, 20). L'appétit sexuel devint modéré chez le premier. Le dernier malade (Obs. 20) nous laissa toujours un doute sur la réalité de ses efforts en vue d'une réforme.

Les ménorragies, la métrite et l'annexite disparurent chez la malade de l'observation 2 à la suite de la stérilisation ovarienne. Des troubles généraux d'une ménopause brusque et anticipée, vertiges, sueurs, bouffées de chaleur, migraines apparus peu après, ne durèrent que quelques mois. La dépilation suivit exactement l'évolution de ces troubles. (Cf. courbe de dépil., n° 2).

Des troubles utéro-annexiels analogues diminuèrent chez une deuxième malade (Obs. 14).

Les règles, rares, devinrent plus abondantes chez 2 malades (Obs. 1, 7).

L'aménorrhée disparut et les règles devinrent régu-

lières chez la malade de l'observation 6, après traitement bio-et opothérapique.

Les pertes blanches disparurent chez 2 malades (Obs. 1, 6). Elles diminuèrent chez 4 (Obs. 9, 13, 14, 15).

C. — *Système nerveux*. — Le nervosisme fut diminué chez 7 malades observés pendant un temps suffisamment long (Obs. 1, 2, 3, 5, 11, 12, 17) : Ils étaient moins coléreux (tous), n'avaient plus de crises de larmes et de hoquet (Obs. 1, 17), plus de bouffées de chaleur et de larmoiement (Obs. 2). Les rêves (Obs. 1, 2, 12), les accès de somnambulisme (Obs. 12) étaient plus rares.

L'érythrose postprandiale disparut chez tous les malades traités (18). L'érythrose psychique devint beaucoup moindre. La couperose s'atténua chez 4 malades (Obs. 1, 7, 12, 16).

Les migraines diminuèrent et disparurent rapidement par la réalisation de l'ataraxie digestive et la biothérapie. Sur les 10 cas où le traitement fut appliqué, 8 furent guéris (Obs. 2, 4, 5, 8, 12, 13, 14, 15), 2 améliorés (Obs. 6, 21). Les migraines étaient quotidiennes dans l'observation 8, elles dataient de l'enfance et s'accompagnaient autrefois d'état syncopal (Obs. 5), d'état nauséeux (Obs. 12). Toutes ces migraines, même celles à manifestations prémenstruelles furent favorablement influencées par la biothérapie.

Après traitement bio-kinétique, les troubles de calorification disparurent chez 3 malades (Obs. 1, 2, 11), dont 2 avaient des engelures ; 3 autres (Obs. 6, 9, 10) furent améliorés. La méthode a de plus une valeur préventive ainsi que l'ont annoncé L. Jacquet et Jourda-

net ; nos malades qui avaient régulièrement des engelures l'hiver, en furent désormais préservés.

Les poussées grippales furent guéries à plusieurs reprises chez 5 malades (Obs. 1, 2, 3, 9, 17).

Les coryzas chroniques furent guéris et la respiration nasale devint facile chez 4 malades (Obs. 1, 2, 9, 17).

Si l'on examine les résultats d'ensemble obtenus sur les malades le plus longtemps traités par la biothérapie (Obs. 1, 2, 3, 4, 9, 11, 17), on constate que la méthode conduit à une véritable rénovation organique, à un *rajeunissement* des tissus, plus aptes à vivre, à fonctionner, à sécréter, à se contracter, qui a pour conséquence le rajeunissement de l'être tout entier dans son aspect extérieur et sa manière d'être et d'agir.

Les bons effets de cette méthode se manifestent dans toutes les directions. Les troubles fonctionnels : dyspepsies, érythrose, migraines, obésité, disparaissent rapidement à la suite de la cure biothérapique.

On a vu (page 56) dans le bilan dressé chez M^me^ X... après deux années de traitement bio-kinétique, la diversité et la complexité des améliorations obtenues. Dans ce travail, j'ai eu surtout en vue les résultats importants, et méconnus que cette méthode peut donner dans le traitement de la *dépilation et des phénomènes connexes.* Je tiens en outre à mettre en relief, parce que j'en ai été le témoin, les remarquables résultats qu'elle donne, comme l'ont montré M. L. Jacquet et ses élèves, dans le traitement des dermatoses de la face, des migraines,

des engelures, des dermites professionnelles des mains, et enfin dans le traitement d'une affection éminemment parasitaire, où la chimiothérapie triomphe à l'heure actuelle exclusivement : la syphilis.

naît et disparaît avec lui, cette notion, dis-je, est le point de départ de la doctrine de M. Jacquet sur la dépilation, envisagée en général ; et corrélativement, la doctrine que je vais exposer est l'épanouissement logique de cette notion.

En effet, la clinique traditionnelle montre que la dépilation diffuse dépend fréquemment d'un trouble d'organe, un trouble digestif par exemple et L. Jacquet a montré dans un cas saisissant, que j'ai relaté, qu'une dépilation diffuse, ancienne et grave peut guérir rapidement et complètement par la cure exclusive du trouble viscéral (voir page 36).

Or, l'aire peladique peut exister seule, mais elle est fréquemment associée à la dépilation diffuse. Les troubles cutanés connexes : prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, hyperthermie, pityriasis, hypotonie, etc., sont ou peuvent être communs aux deux modes de dépilation.

D'autre part, la lésion pilaire dans la pelade et la dépilation diffuse, est, en ce qu'elle a d'essentiel, dans les deux cas fort analogue.

Enfin, quand une dépilation en aire coexiste avec la dépilation diffuse, une observation un peu pénétrante permet souvent de découvrir un trouble *limité* et un trouble *diffus*, et on peut agir séparément sur l'un et sur l'autre.

La supposition qu'entre les aires limitées et la dépi-

Decelle, dans un nombre imposant de cas, publiés ou encore inédits, avec une répétition, des alternatives, un nuancement et une précision défiant toute contestation.

lation diffuse n'existe nulle différence essentielle est donc au moins légitime.

Cherchons maintenant ce qu'est *essentiellement* le trouble dentaire peladogène limité. Nous pourrons peut-être en déduire de quoi rendre moins vague la notion de ce qu'est *essentiellement* le trouble organique producteur de dépilation diffuse.

Or il est prouvé que ce trouble dentaire est variable.

Ce peut être une *lésion* infectieuse ou infectée (arthrite alvéolo-dentaire).

Ce peut être aussi et, sans doute plus souvent, une *excitation aseptique* (saccades d'éruption dentaire surtout quand il y a rétention de la dent incluse ; un traumatisme gingival, etc...); bref une excitation locale de la région gingivo-dentaire.

Cette excitation se transmet par la voie nerveuse comme le prouvent la névralgie et l'hyperesthésie objective si fréquemment associées à la pelade.

Mais la lésion ou excitation gingivo-dentaire n'est pas seule peladogène ; toute lésion ou excitation limitée peut provoquer une aire peladique limitée (rhino-pharynx, oreille, etc...).

Si la pelade dentaire est plus fréquente, c'est que les conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques du système gingivo-dentaire, y réalisent plus et mieux qu'en tout autre tissu ou organe, l'excitation limitée, continue et à paroxysmes, massive, accumulée, etc..., nécessaire à la production d'une aire glabre *circonscrite*.

Ainsi, la condition pathogène d'une pelade en aires c'est *quelque chose* partant d'un foyer d'excitation

locale et aboutissant, en suivant les conducteurs nerveux, à une région déterminée du tégument : ce « quelque chose », nous le nommerons pour la commodité du langage, l'*irritation*.

Tentons maintenant de préciser ce qu'est le trouble viscéral à action dépilante diffuse et choisissons pour cela le trouble d'origine gastro-intestinale.

L'étude attentive d'un grand nombre de faits montre que l'action dépilante n'est liée exclusivement à nulle des modalités dyspeptiques : gastralgie, entéralgie, hyperesthésie gastro-intestinale, trouble fermentatif, trouble sécrétoire, pyrosis, hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie, constipation, etc... Bien plus, l'observation oblige à reconnaître qu'on rencontre la dépilation en dehors de tout trouble dyspeptique. Il suffit pour cela d'une *viciation dans l'hygiène digestive*, sans nulle dyspepsie encore appréciable. Ces viciations importantes et variées sont par ordre décroissant d'importance : la polyphagie, la tachyphagie, la polydipsie, la picrophagie.

L'analyse expérimentale, l'observation et l'expérimentation cliniques minutieuses, ont permis à L. Jacquet et à ses élèves Debat (1), Jourdanet (2), d'établir que ces

1. L. Jacquet et Debat. La surdistension et le travail gastrique. *Presse médicale*, juillet 1908.

L. Jacquet et Debat. Influence expérimentale comparée de la tachyphagie et de la bradyphagie sur la digestion gastrique. *Soc. Méd. Hôpit.*, 12 nov. 1909.

2. L. Jacquet et Jourdanet. Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique des dermites professionnelles des mains. *Annales de Dermat. et de Syph.*, janvier 1911.

viciations diverses agissent, en augmentant le travail gastro-intestinal; l'irritation fonctionnelle normale s'exagère et cette « surirritation » transmise par les voies nerveuses est projetée en excès au tégument et en actionne les organes différenciés, chacun répondant par une réaction également différenciée.

Or, ce que l'observation et l'expérimentation ont prouvé pour l'organe et la fonction gastriques a chance d'être valable pour les autres organes et fonctions, bien qu'ils aient été à ce point de vue peu ou pas étudiés.

Pourtant les excitations émanées de ces divers organes ne sont pas, en tant que productives de dépilation, efficientes, pathogènes pour tous, ni même constamment pour une même personne : c'est l'évidence même.

Et en effet, il faut dans la plupart des cas :

1° La combinaison, de ces excitations entre elles;

2° Leur rencontre ou *conflit* avec une excitation exo-cutanée, *extérieure* (traumatismes, poids, chaleur, grattage);

3° Leur rencontre avec une excitation endo-cutanée, (folliculites, furoncle, abcès, érysipèle, mais surtout rétention glandulaire locale et mue pilaire) (1);

4° Leur répétition, ancienneté et accumulation chez l'individu et ses ascendants (hérédité).

Si maintenant nous tentons d'isoler artificiellement

1. L. Jacquet considère le renouvellement pilaire, la mue, comme le principal agent d'excitation « endo-cutanée ».

le *quid* pathogène, nous l'appellerons là aussi : *irritation*. Et la variété de dépilation en tant que degré, modalité, localisation, etc., provient de la brusquerie, de l'intensité, de la massivité et de l'association des irritations organiques entre elles et nullement d'une cause spécifique, distincte et isolable de l'organisme.

Donc l'excès d'irritation, la surirritation fonctionnelle du cuir chevelu est la grande condition créatrice de la dépilation ; et c'est quand le cuir chevelu est en surtravail pour sa fonction propre, la mue pilaire, que l'irritation fonctionnelle propagée des organes, est au maximum dépilante.

Bien entendu tout oblige à reconnaître que la vitalité générale de l'organisme n'est point ici indifférente et que les états de *nervosisme*, *d'asthénie*, *d'anémie*, *d'insuffisance glandulaire*, etc., entrent en jeu de façon plus ou moins importante.

Au total, pour L. Jacquet, il n'y a essentiellement qu'une dépilation sous des modalités diverses.

Cette doctrine n'est en contradiction avec nul fait objectivement prouvé, par exemple avec le riche microbisme des glandes sébacées (microbacille dit séborrhéique), qui n'est qu'une infection secondaire, comme d'emblée le pressentit L. Jacquet (1) et comme tout semble aujourd'hui l'indiquer, et d'autre part elle relie entre eux, elle intègre un nombre imposant de faits, y compris ceux transmis par la doctrine traditionnelle, mais en y apportant une précision jusque-là inconnue.

1. L. Jacquet, Séborrhée, pelade et calvitie. *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1897, page 622.

Voilà la théorie, comment s'accorde-t-elle avec les faits ?

Une première constatation nécessaire est la présence chez les malades atteints de dépilation diffuse de troubles fonctionnels nombreux et divers, anciens ou récents. Sabouraud a montré d'autre part le riche microbisme du cocon séborrhéique et des squames du pityriasis. A quoi faut-il attribuer la dépilation ?

Est-ce aux microbes ? Chez la plupart de nos malades, les soins du cuir chevelu n'ont pas été modifiés au cours du traitement, aucun agent parasiticide n'a été employé ; les microbes sont restés ce qu'ils étaient auparavant ; et pourtant la dépilation a été enrayée.

Les mêmes malades traités antérieurement par les agents chimiques n'ont obtenu que des améliorations passagères.

Dans la pelade, sans nulle intervention chimique, la suppression d'un trouble fonctionnel *limité*, fait disparaître un trouble pilaire *limité*.

La suppression de troubles fonctionnels, *émanés d'une vaste surface* : la muqueuse digestive, par exemple, diminue et fait disparaître une dépilation *diffuse* ainsi que les symptômes connexes.

Les troubles fonctionnels les plus fréquemment rencontrés sont ceux du tube digestif. Mais alors, dira-t-on, l'*intoxication* est en cause.

Remarquons d'abord que les troubles digestifs de nos malades étaient surtout des troubles par excès fonctionnels (lourdeur, ballonnement, pyrosis, éructations, érythrose, narcolepsie) dus à la surdistension et au surtra-

vail de l'estomac à la suite d'une alimentation surabondante ingérée massivement. La régularisation du mode d'alimentation sans changer à la nature des aliments provoque la disparition de ces troubles digestifs.

C'est donc la *constipation* qui est pathogène, diront les partisans de l'intoxication ; 8 malades seulement sur 21 étaient des constipés, et, dans ces quelques cas, l'intoxication peut avoir une part. Cependant, dans l'observation rapportée par L. Jacquet, il y eut, à la suite de l'hygiène prescrite, constipation pendant dix jours sans nul phénomène d'intoxication ; bien au contraire, il y eut pendant cette période, disparition des troubles digestifs, et amélioration importante de l'état du cuir chevelu.

Dans les troubles fonctionnels de l'appareil génital (ménorragie et dysménorrhée, métrite, annexite), dans les troubles fonctionnels du système nerveux, peut-on parler d'intoxication ?

Il faut admettre pour ces différents appareils un mode commun d'action à distance, que, me conformant au langage des Glisson, des Brown, des Haller, des Bichat, des Broussais, des Virchow, des Claude Bernard, j'ai appelé *irritation*. Le substratum anatomique de cette irritation se trouve dans les innombrables ramifications du *système nerveux*.

Pas plus, selon la comparaison de M. L. Jacquet, qu'on ne peut isoler du fil conducteur l'électricité, dont personne ne doute, on ne peut séparer l'irritation de la fibre nerveuse qui la conduit.

Mais, peut-on objecter, les troubles de projection produits par cette irritation, partie du tube digestif, de

l'appareil génital, du système nerveux sont nombreux et variés : prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, érythrose, pityriasis, dépilation. De même que l'électricité appliquée à des appareils terminaux différents, produit à volonté de la lumière, de la chaleur, du son, du mouvement, de même l'irritation actionnant des organes terminaux divers : glande, poil, terminaisons nerveuses variées, produit des réactions diverses.

La cause fonctionnelle est vitale et banale. Le fil conducteur, l'énergie, sont les mêmes; les récepteurs seuls sont différenciés.

Les symptômes connexes à la dépilation, comme elle sous la dépendance des mêmes irritations viscérales, méritent le nom de symptômes *réactionnels ou réflexes.*

La biothérapie modère l'*irritation* à son point de départ, principalement au niveau de la surface digestive fonctionnellement irritée et excitée, et en régularise les effets. Ainsi s'expliquent simultanément la baisse des sécrétions glandulaires, la baisse de la sensibilité, le ralentissement de la mue pilaire et l'arrêt de la dépilation.

II. — RECHERCHES COMPLÉMENTAIRES

La dépilation a été rapprochée à juste titre par L. Jacquet de la mue pilaire. J'ai cherché à me rendre compte des phénomènes qui présidaient, au remplacement des phanères, en étudiant le renouvellement du poil et de la plume.

I. — *Remplacement des poils.*

Dans une communication antérieure (1), j'ai décrit les premiers stades du développement du poil chez le fœtus humain et étudié le remplacement des poils à la dernière période de la vie fœtale.

C'est à partir de la fin du quatrième mois que l'on commence à rencontrer chez le fœtus humain des figures de renouvellement pilaire. Ces figures très rares à la fin du quatrième mois (je n'en ai rencontré qu'une évidente) deviennent plus nombreuses chez les fœtus

1. Sur le développement de l'appareil pilo-sébacé chez le fœtus humain. Comptes rendus du XIII[e] Congrès des anatomistes. Paris 1911.

de 6 et 7 mois. La peau, et particulièrement le cuir chevelu du fœtus à terme sont d'excellents objets pour l'étude du remplacement des poils.

A cette époque, dans l'intérieur de la peau, se passent des phénomènes d'activité polliculaire intense, qui aboutiront à la formation d'un nouveau système pileux et à la chute du lanugo fœtal. Les cheveux des enfants nouveau-nés tombent fréquemment après la naissance (1) et cette chute est antérieurement préparée par l'atrophie des anciennes papilles et la formation de nouveaux bourgeons pilaires.

Sur les préparations de cuir chevelu de fœtus à terme, les poils sont de taille différente : Il y a de gros poils poils-souche) et des poils plus fins. Les uns et les autres sont fréquemment en voie de remplacement.

Les orifices pilo-sébacés sont larges et volumineux. L'acide osmique y colore des amas de débris cornés et de produits sébacés.

Les poils, arrivés au terme de leur évolution, sont fréquemment pourvus d'un bourgeon de remplacement plus ou moins évolué et inséré par un pédicule sur l'ancien follicule.

Lors de l'atrophie de la papille, le poil étant complètement kératinisé, le follicule s'arrondit par sa base et prend la forme d'un doigt de gant. A l'extrémité infé-

1. J'ai constaté après M. L. Jacquet que cette mue pilaire était plus importante et plus massive au niveau du sinciput et de la région occipitale supérieure, simulant ainsi une calvitie passagère.

rieure du follicule se trouve un bourgeon de remplacement.

Si l'on suit ce bourgeon sur des coupes sériées, on voit qu'il est relié à l'ancien follicule par un pédicule étroit. Ce pédicule a été considéré comme un étranglement du follicule lui-même par le resserrement de la gaine fibreuse au-dessous de l'ancien poil. La papille qui donnerait naissance au poil nouveau ne serait pour certains auteurs que l'ancienne papille séparée du poil caduc par cet anneau fibreux (*Langer Kœlliker, von Ebner, Esoff, S. Adeodato, Garcia*).

Cette explication s'accorde difficilement avec la petite taille des jeunes bourgeons pileux de remplacement, l'implantation souvent oblique sur la gaine épithéliale externe, et la gracilité même du pédicule. Aussi je pense, avec beaucoup d'autres auteurs (*Klein, Stieda, Feiertag*) que le poil de remplacement naît sur une papille de nouvelle formation.

Le rapport entre le degré d'involution du poil caduc et le degré de développement de la nouvelle papille est variable. Souvent, adjacente à un poil massué et encore très profondément implanté, on trouve une papille nouvelle déjà très développée. Par contre, à la base de certains follicules présentant manifestement des marques d'atrophie de leur paroi (fig. 8, follicule de droite) : amincissement de la gaine épithéliale externe, aplatissement des cellules superficielles de cette gaine, les bourgeons pilaires sont grêles et peu développés.

Dans les préparations du cuir chevelu de fœtus à terme, il y a peu de poils de remplacement déjà évo-

lués, au stade de cône pileux par exemple. La raison en est simple, c'est que la mue pilaire importante, qui

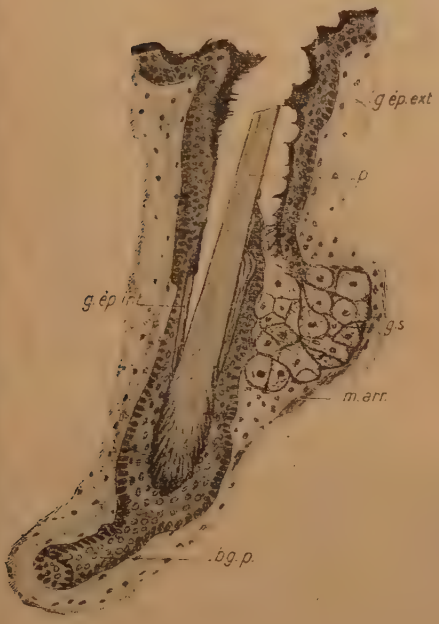

Fig. 7 et 8. — Coupes du cuir chevelu d'un fœtus à terme, région pariétale.

Fixation liq. de Bouin.

Coloration hématéine-éosine. × 110.

Fig. 7. — *p.*, poil à bulbe plein ; *g. ép. ext.*, gaine épithéliale externe ; *g. ép. int.*, gaine épithéliale interne, arrêtée en haut par un rebord dela gaine épithéliale externe au niveau de l'embouchure de la glande sébacée ; *g. s.*, glande sébacée ; *m. arr.*, muscle arrecteur ; *bg. p.*, bourgeon pilaire.

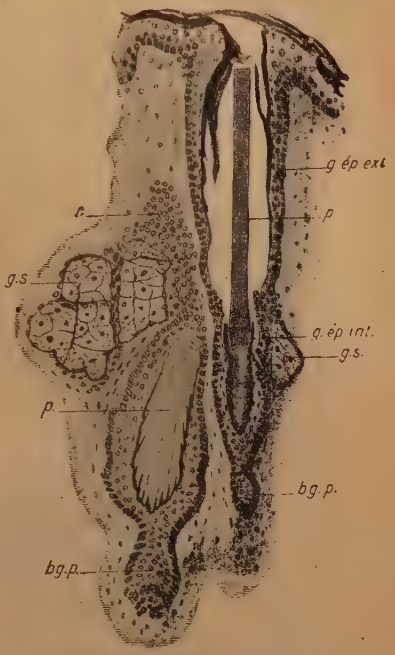

Fig. 8. — Deux poils de taille inégale munis tous deux d'un bourgeon de remplacement, l'un coupé longitudinalement, l'autre obliquement.

Fixation liq. de Bouin.

Coloration hématéine-éosine. × 110.

Mêmes indications que pour la figure précédente.

g. ép. int., entourant d'un manchon le bulbe plein du poil *au-dessous* de l'embouchure de la glande sébacée ; *r.*, reliquat des gaines.

se manifeste lors de l'arrivée à terme du fœtus, est de date trop récente pour que les poils de remplacement aient déjà pris un développement important.

La gaine épithéliale interne est encore, à cette période,

parfaitement visible. Comme le poil, elle ne s'accroît plus. Par sa partie supérieure, elle vient buter contre un rebord saillant de la gaine épithéliale externe, au niveau de l'embouchure de la glande sébacée. Par sa partie inférieure, elle semble absorbée par le poil lors de son ascension. Ainsi elle ne remonte pas avec lui dans le follicule pendant la période qui précède la chute, arrêtée qu'elle est par la gaine épithéliale externe. Dans certains cas, bien que formant au poil un étui complètement libre, elle ne dépasse pas cependant en hauteur l'orifice de la glande sébacée (fig. 8).

Fig. 9. — Fœtus à terme (autre fœtus). Cuir chevelu, région du sommet. Volumineux bourgeon pilaire annexé à un poil à bulbe plein coupé obliquement. Fixation ferrocyanure-formol, acide acétique. Coloration hématéine-éosine. × 110. *p.*, poil ; *bg. p.*, bourgeon pilaire ; *pap.*, papille conjonctive.

La gaine épithéliale externe présente fréquemment deux parties différemment colorables : une partie supérieure, située au-dessus de la glande sébacée, plus sombre, analogue à l'épithélium superficiel, les cellules sont serrées les unes contre les autres ; une partie inférieure, située au-dessous de la glande sébacée, plus claire, où les cellules sont moins serrées et paraissent douées d'une plus grande vitalité (fig. 7).

*
* *

Une question se pose qui, résolue, faciliterait l'interprétation de la mue pilaire, c'est de déterminer quel est dans cet ensemble que l'on voit côte à côte poil caduc et bourgeon de remplacement le phénomène initial ? Est-ce l'atrophie du poil ancien, est-ce la formation d'un poil nouveau, ou les deux phénomènes sont-ils connexes ?

L. Jacquet a proposé de renverser l'ordre des faits généralement admis ; il voit dans l'ébauche du poil nouveau le fait primordial de la mue pilaire ; pour lui « la « formation de cette ébauche précède la chute du poil « et dans une certaine mesure la provoque ».

La kératinisation de la racine du poil, qui paraît être le terme ultime de la vie du poil, ainsi que l'atrophie papillaire, sont toujours réalisées quand on voit apparaître le bourgeon de remplacement.

Ce bourgeon de remplacement qui ne fait pour ainsi dire jamais défaut à l'état normal est ainsi secondaire à la sénescence du poil ancien.

C'est au moment où le poil ancien, la papille, les gaines ont déjà manifesté des signes d'involution, que la gaine épithéliale externe, élargie et épaissie à sa partie inférieure commence un bourgeonnement nouveau.

Dans la suite, l'atrophie sénile du poil et la néo-formation pilaire se poursuivront simultanément.

Le poil ancien remonte dans le follicule grâce à la

croissance de bas en haut des gaines épithéliales auxquelles il est encore adhérent et à l'étranglement du follicule au-dessous de son bulbe par les gaines fibreuses.

L'extrémité du nouveau poil, mince et grêle, s'insinue souvent à côté du poil à bulbe plein, entre ce poil et ses gaines (S. Adeodato Garcia. 1892) et ne peut en aucune manière servir d'organe de propulsion.

Chez l'homme, après l'arrachement d'un poil, le poil nouveau, qui n'arrive à la surface de la peau que plusieurs semaines après l'épilation (41 à 72 jours, Giovannini) a peine à traverser la couche cornée de l'épiderme, et on voit les jeunes poils s'enrouler par leur extrémité, former des boucles et des spirales au-dessous de la couche cornée, avant de parvenir à la traverser.

Deux faits méritent d'être retenus : c'est tout d'abord la présence constante à l'état normal d'un bourgeon de remplacement (qu'il représente un reste de l'ancienne papille ou qu'il soit un bourgeon néo-formé) pour chaque poil caduc, puis, la coexistence de ces deux formations dans le follicule, le poil néo-formé étant prêt à sortir, quand l'ancien va tomber.

Ainsi, le poil nouveau est préparé longtemps avant la chute de l'ancien, et les influences irritatives, considérées depuis longtemps comme provoquant la chute des poils ou des cheveux, doivent être envisagées comme favorisant ou excitant la mue pilaire.

Ainsi agissent les grandes pyrexies (fièvre typhoïde, rougeole) à la suite desquelles on observe fréquemment un véritable renouveau organique et une rénovation du

système pileux, certaines conditions physiologiques : la grossesse et l'accouchement.

De même les irritations extérieures, la phtiriase, par les grattages qu'elle provoque, excitent la prolifération des follicules pileux et la mue pilaire. De même le séjour au bord de la mer, considéré comme cause de dépilation, en activant les échanges et les processus organiques, met en jeu et favorise au contraire le renouvellement des poils. Dans tous ces cas, le premier phénomène seul : la dépilation attire l'attention ; le second, néotrichose et repousse, tardif et discret est moins souvent perçu, bien qu'il soit inséparable du premier.

Régénération des poils après l'épilation. — J'ai reproduit les expériences de Giovannini sur la régénération des poils chez le cobaye et j'ai constaté la rapidité de croissance des poils chez cet animal. J'ai opéré au moment de la mue (octobre 1910), en épilant complètement des surfaces de peau du dos et du ventre larges de 1 centimètre à 1 cm. 1/2. Dix-huit jours après cette expérience, les surfaces épilées étaient complètement recouvertes de poils d'une longueur égale à ceux de la peau voisine (1 cm. environ) et n'étaient presque plus reconnaissables. Ainsi, en 18 jours, les follicules pileux avaient non seulement réparé leurs lésions, mais pu fournir des poils dépassant de 1 centimètre la surface cutanée.

A l'examen microscopique, pratiqué à ce moment les follicules anciens paraissaient s'être régénérés et avoir donné naissance à de nouveaux poils. Les poils nouveaux occupaient les anciens follicules présentant encore

des traces d'altération de leurs parois produites par l'arrachement.

II. — *Remplacement des plumes.*

D'après les recherches de *Studer*, *Maurer*, *Klee*, *Davies*, le remplacement des plumes diffère de celui des poils, en ce qu'une seule et même papille cutanée donne naissance à toutes les plumes successives ; mais le processus reste fondamentalement identique et comparable à la mue pilaire.

Les auteurs précités ont spécialement étudié le remplacement du duvet embryonnaire par le plumage définitif.

Le remplacement des rémiges a été le sujet d'intéressantes constatations macroscopiques et d'importantes déductions de la part de M. Bureau, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Nantes. Cet auteur ayant remarqué chez la perdrix grise la régularité de chute des rémiges pendant le cours de la première année, a pu, à la suite de longues recherches, déterminer d'une façon précise et exacte, l'âge des perdrix d'après la chute des rémiges primaires. Il a constaté que cette chute était symétrique et régulière, beaucoup plus régulière même que l'évolution de la première et de la seconde dentition de l'homme et des animaux. La chute commence par la rémige n° 10, la plus rapprochée du corps de l'oiseau, et se poursuit à des intervalles de temps fixes, mais de plus en plus longs pour les rémiges suivantes n°s 9,8, 7, etc... Des rémiges de remplacement, dont la rapidité de développement en vingt-qua-

tre heures décroît suivant le même ordre, leur succèdent immédiatement. A une question de M. L. Jacquet lui demandant quel était l'état de la rémige de remplacement à la chute de la rémige de premier plumage, le Dr Bureau répondit qu'elle était prête à sortir.

Il était intéressant de rechercher histologiquement quels étaient les rapports des deux rémiges avant la chute de la première. Sur les conseils du Dr Bureau, j'ai opéré sur le pigeon, plus facile à se procurer et à mettre en expérience que la perdrix grise. Les conditions de remplacement des rémiges sont à peu près les mêmes que chez cet animal.

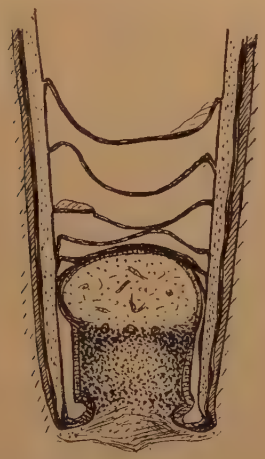

Fig. 10. — Plume de couverture dorsale de l'aile d'un pigeon, peu avant sa chute.

Fig. 11. — Pigeon n° 1. Coupe longitudinale de la rémige n° 8. Désinsertion de la rémige de premier plumage, début de la formation de la rémige de remplacement.

Phénomènes ultimes de régression du bulbe plumaire. — Les derniers stades de régression de la papille plumaire sont marqués par la formation de nombreuses

cloisons transversales qui viennent coiffer la papille (fig. 10).

La figure 10 représente une plume de couverture dorsale adjacente à une rémige en voie de remplacement, la mue plumaire des rémiges et des plumes de couverture se faisant à peu près au même moment. La plume ancienne s'insère encore à la base de la papille par son extrémité inférieure. La papille présente deux zones nettement distinctes : une partie supérieure reste du bulbe en voie d'atrophie, vascularisée, moins riche en éléments cellulaires que la zone sous-jacente et destinée à régresser dans la suite ; une partie inférieure où les éléments cellulaires sont nombreux et serrés, qui ne disparaît pas et qui donnera naissance, dans la suite, à la plume de remplacement.

Etat comparatif et situation de la rémige caduque et de la rémige de remplacement au moment de la chute.

Les conditions expérimentales à réaliser étaient les suivantes : mise en observation d'un jeune pigeon dont les rémiges des deux ailes étaient numérotées; visiter matin et soir la volière; à la chute d'une rémige, sacrifier immédiatement l'animal et faire porter l'étude sur le follicule correspondant de l'autre aile où la rémige n'est pas encore tombée.

Première expérience. — Jeune pigeon en observation depuis près d'un mois. La rémige n° 9 de l'aile gauche était tombée le matin même, l'animal fut sacrifié l'après-midi pour l'examen de l'aile opposée. L'animal s'étant

débattu, la rémige n° 9 de l'aile droite tomba et fut replacée artificiellement.

L'examen de la figure n° 12 montre qu'un espace virtuel sépare les deux formations : plume ancienne et bourgeon plumaire. Le bourgeon plumaire, déjà très développé a une taille d'environ 1 centimètre. Il est

Fig. 12. — Pigeon n° 1. Rémige n° 9 (aile droite) au moment de la chute. La rémige de premier plumage a été replacée artificiellement.

Fig. 13. — Pigeon n° 2. Rémige n° 7 de deuxième plumage cinq jours après la chute de la rémige de premier plumage.

terminé par une extrémité cornée, en forme de chapiteau, qui paraît s'adapter exactement à la forme de l'orifice inférieur de la plume caduque.

Après avoir constaté le grand développement du bourgeon plumaire, lors de la chute imminente de la rémige, j'ai pensé trouver des stades plus précoces, en examinant l'état du bulbe de la rémige suivante, qui est dès lors la première à tomber.

Ainsi, sur la rémige n° 8 (fig. 11), j'ai constaté la désinsertion de la rémige de premier plumage au niveau de la base de la papille et le début de la formation de la plume de remplacement par la papille entrant dans une nouvelle phase d'activité ; un sillon oblique en bas et en dehors, de forme conique, délimite ces deux formations qui restent contiguës et superposées.

La papille est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, particulièrement élevé au niveau des zones de réflexion. L'intérieur de cette papille est occupé par de très nombreux éléments cellulaires dont quelques-uns sont en mitose, et au sommet de cette papille il y a déjà un amas pigmentaire important qui témoigne pour la papille d'une grande activité formative.

Deuxième expérience. — Pigeon ayant perdu une rémige cinq jours auparavant (rémige n° 7, aile gauche, fig. 13).

La taille du bourgeon plumaire est plus considérable, 1 cm. 1/2 ; ce bourgeon se termine de même par une extrémité cornée, en forme de chapiteau, présentant plusieurs sillons superposés.

La rémige suivante de premier plumage (n° 6) a déjà subi un mouvement ascensionnel ; un nombre considérable de feuillets cornés superposés, constituant les dernières cloisons transversales de la tige, coiffe la

papille qui ne présente déjà plus qu'une seule zone, riche en éléments cellulaires. Malgré cette involution de l'ancienne plume, la papille ne présente pas encore de bourgeonnement nouveau. Les phénomènes de mue sont moins avancés que dans le cas précédent, bien que la chute de la rémige antécédente se soit produite cinq jours auparavant ; le remplacement des rémiges est en effet de plus en plus lent, à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité de l'aile.

L'étude de ces quelques phases du remplacement des rémiges doit être rapprochée de celle du remplacement des poils. Là, les deux phénomènes de la mue se passent dans une certaine mesure simultanément. Si l'involution de l'ancienne rémige est consommée quand la nouvelle commence à se développer, les deux formations occupent pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines, le même follicule dans lequel elles sont intimement superposées.

L'ascension de la rémige caduque, favorisée par les mouvements de l'aile de l'animal, peut, dans une certaine mesure, être imputée à la croissance de la plume sous-jacente, plus qu'à l'ascension de la paroi folliculaire, lisse, adjacente à l'épithélium plumaire.

Mues saisonnières chez les mammifères.

L. Jacquet (1900), a attiré l'attention sur l'importance de la mue pilaire chez les animaux pour l'intelligence des dépilations et de la pelade.

Il a observé chez le chat, le chien, le cheval et plusieurs fauves des dépilations en aire avec flaccidité cutanée. « J'ai vu, dit-il, chez un moufflon en pleine mue, « et même en mue retardataire, des disques arrondis, « des zones ovalaires ou allongées, non point glabres, « à la vérité, mais uniformément recouverts de poils « nains ; et parmi ces poils, cer- « tains étaient atrophiés et dépig- « mentés à leur racine, infiltrés « d'air, cassés et trichoptilosés ; « bref, chez le moufflon à manchet- « tes, j'ai vu le poil en « point « d'exclamation » lui-même. »

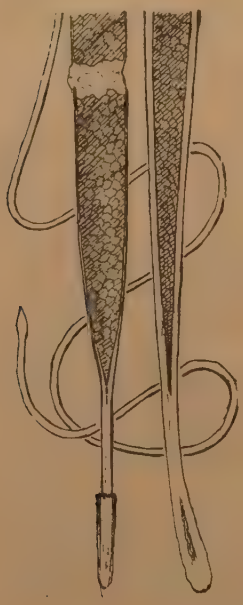

Fig. 14. — Poils de cerf (jarres et bourre) au moment de la mue.

J'ai tenté de faire au Muséum d'histoire naturelle quelques constatations macroscopiques sur la mue.

Mues printanières. — J'ai constaté que chez les cerfs la chute des poils (jarres et bourre) commence régulièrement par le cou, qui se trouve complètement dénudé, alors que le reste du corps de l'animal est encore couvert de poil ancien. Du cou la mue se poursuit de façon disséminée sur le reste du corps. Les touffes de poil se détachent par places, donnant au pelage de l'animal un aspect hérissé et irrégulier. Des touffes de poil se laissent arracher facilement à la simple traction et laissent des zones dénudées où sont perceptibles des jeunes poils de repousse.

Chez le chameau, la mue qui commence assez tard se fait également par aires successives et débute au niveau du tronc. Il y a des aires complètement dénudées (1), alors qu'à côté tous les poils anciens, serrés et touffus sont encore indemnes.

Mues automnales. — La mue automnale se fait d'une manière analogue à la mue printanière, par aires successives.

La mue est réalisée de bonne heure chez les cerfs. Au mois d'octobre, elle est déjà effectuée et ces animaux ont un pelage court et fin paraissant uniforme et peu foncé en couleur.

Le chameau sur lequel ont été faites des constatations de mue printanière présentait, au mois d'octobre, une vaste aire où la dépilation venait de s'effectuer, située à la partie antéro-latérale du poitrail.

J'ai examiné au microscope, chez les cerfs et les mouflons, des poils (jarres et bourre, fig. 10) recueillis au moment de la mue. Tous étaient à bulbe plein. Mais l'aspect de la racine est différent pour la bourre et les jarres. Pour la bourre, la racine est terminée par un bouton corné, comme le poil à bulbe plein de l'homme. Les jarres au contraire sont terminées par une partie amincie et effilée, mesurant le quart ou même le cinquième de la largeur de la tige. Cette racine mince est terminée par une zone cylindrique un peu plus large qui correspond au bulbe corné du poil. Cette disposi-

1. Je n'ai pu, à mon grand regret, rechercher si ces aires étaient hypotoniques.

tion particulière des poils chez les cervidés a été interprétée comme un phénomène d'adaptation, la ténuité de la racine des jarres permettant une implantation plus considérable de poils à la surface de la peau.

Le processus est donc fondamentalement le même dans la mue et la dépilation : poils cornés et à bulbe plein, altérations pilaires, croissance d'un poil nouveau dans la profondeur, zones de dépilation diffuse, aussi est-ce avec raison que L. Jacquet a rapproché la dépilation de la mue. Dans la dépilation, les mues successives et précipitées donnent naissance à des poils de plus en plus grêles et finissent par avorter.

OBSERVATIONS

Observation 1 (personnelle) (1).

Mme X..., 37 ans, ménagère.

10 décembre 1909-15 mai 1912.

Dépilation diffuse tendant à la décalvation totale. Zones partielles de dépilation intensive. Hémi-dépilation. Dépilation sourcilière.

Séborrhée huileuse du cuir chevelu. Hyperidrose. Crises thermiques, érythrose passive.

Tachyphagie. Boulimie, picrophagie.

Dyspepsie: Ballonnement, éructations, érythrose et couperose gauche. Narcolepsie, constipation, fringales ; hyperesthésie gastrique.

Lésions dentaires. — Dysménorrhée.

Nervosisme. Colères. Neurasthénie. Rêves continuels.

Troubles de calorification, engelures.

Lipurie et phosphaturie.

Obésité, ptose viscérale et abdominale ; éventration.

Séborrhée huileuse de la face. Acné comedo.

1. La courbe de dépilation relative à cette observation a été publiée pages 81 et 82. Un résumé a été publié, page 46.

Pendant le traitement. — *Émotions violentes et frayeurs pendant toute la durée des inondations de la Seine en 1910.*

Grippe, angine et laryngo-trachéite à plusieurs reprises.

Sciatique variqueuse.

Grossesse après dix années de stérilité.

Traitement. — *Bradyphagie, rationnement.*

Gymnastique respiratoire, musculaire et abdominale.

Massage. Mobilisation active et passive du cuir chevelu.

Lotions diverses.

Résultats. — *Rénovation pilaire très importante, totale au niveau des zones partielles de dépilation diffuse.*

Grande diminution de la séborrhée et de l'hyperidrose

Disparition de tous les troubles digestifs, y compris la constipation.

Régularisation de la fonction menstruelle.

Diminution du nervosisme sous ses différentes formes.

Guérison des poussées grippales et de la sciatique.

Disparition de l'obésité, rajeunissement.

10 décembre 1909. — Mme X... vient consulter pour une dépilation diffuse datant d'une quinzaine d'années et s'accompagnant d'une grande séborrhée du cuir chevelu. En même temps et sans qu'on l'interroge à ce sujet, elle se plaint de troubles digestifs gastro-intestinaux notables.

Antécédents héréditaires. — Le père, représentant de commerce était éthylique et érythrosique. « Il se congestionnait facilement », dit Mme X... Il est mort à 62 ans avec une très belle chevelure.

La mère, aussi érythrosique, est morte à 62 ans d'insuffisance mitrale. Belle chevelure également.

Antécédents personnels. — A l'âge de 8 ans, rougeole et broncho-pneumonie.

A 11 ans, angine diphtérique.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Mariée à 20 ans (le mari est peladique).

La même année, premier enfant à terme, mort à 2 jours. L'accouchement fut difficile A la suite Mme X... eut une infection péritonéale légère, puis de la *métrite*, une *rétroversion utérine*, et une *éventration.*

Mme X... subit pendant sept ans divers traitements (tamponnements, cautérisations, injections) avec alternatives d'améliorations et de rechutes.

A 28 ans, nouvelle grossesse. Elle fut obligée de garder le lit pendant quatre mois avant le terme de l'accouchement. L'accouchement fut normal. L'enfant, âgé de 8 ans 1/2, a les cheveux roux. Il a des troubles digestifs importants ; souffreteux et turbulent, il donne à sa mère des motifs fréquents d'inquiétude et d'irritation.

A la suite de ce nouvel accouchement, apparut un prolapsus, utérin, qui, devenant de plus en plus important, incita Mme X... à se faire opérer il y a six ans (curettage et, un mois après, alexander et périnéorraphie).

Depuis, il n'existe plus aucun trouble des organes génitaux ; mais il y a une ptose viscérale importante (rein droit mobile, mais non flottant) et une éventration.

Peu après cette opération, conjonctivite granuleuse avec concrétions calcaires ayant duré environ un mois et demi.

Il y a trois ans, crise de neurasthénie. Pleurs et ennuis au sujet de sa *dépilation*, *traitée depuis dix ans*, *sans succès*, *à l'hôpital Saint-Louis*. Dégoût du travail. Mme X... a été traitée et

guérie par la psychothérapie à la Salpêtrière, et est aujourd'hui en bon état, au point de vue mental.

Depuis 15 ans, Mme X... se plaint de troubles gastriques.

Dès l'enfance, elle a montré de la *voracité*, mangeant à toute heure, et se jetant littéralement sur les aliments.

Les repas sont pris *en dix minutes*, sans *aucun soin de mastication* et à des *heures irrégulières* (à cause de la profession du mari).

Polyphagie ancienne. On était obligé autrefois de rationner Mme X...

Elle mange peu de pain, mais beaucoup de viande et de légumes. Picrophage, elle se nourrit fréquemment et abondamment de salades.

Un grand verre de *café* après le repas du midi, et quelquefois après le repas du soir.

Les digestions sont paresseuses et empiètent les unes sur les autres. Il y a *après le repas* un *ballonnement* considérable, durant trois à quatre heures.

Trois à quatre heures après le repas, Mme X... ressent une pesanteur au niveau du creux épigastrique, et la pression est douloureuse au voisinage de l'ombilic. Cette pesanteur épigastrique est diminuée par l'émission *de renvois gazeux, bruyants.*

Malgré le ballonnement, Mme X... éprouve alors de vives *fringales.* Le ballonnement est particulièrement intense après l'ingestion de féculents, de sauces, de salades et de choux.

L'*érythrose*, postprandiale, maximale *à gauche*, a été constatée depuis une dizaine d'années. Elle est très importante, dure trois quarts d'heure environ et s'accompagne d'une forte crise thermique. Elle est plus marquée du côté gauche. Il y a même de ce côté un certain degré de couperose, avec un lacis

de télangiectasies important, presque nul à droite. Mme X... travaille tous les hivers, depuis neuf ans, pendant quatre à cinq heures par jour à côté d'un poêle, la joue gauche constamment exposée au rayonnement du foyer.

Evaluation des températures locales (buccales et géniennes) après un court interrogatoire (érythrose émotive, plus marquée du côté gauche).

	Températures buccales	Températures géniennes
Côté gauche.	36°5	35°1
Côté droit	36°8	33°5

Soit près de 2° en plus pour la température génienne du côté gauche.

Toujours après le repas, il y a de la lourdeur de tête, de l'indolence, de l'inaptitude au travail et de la somnolence, surtout le soir.

Eructations très fréquentes, à tout instant de la journée, mais particulièrement après les repas.

La constipation est importante, quotidienne. Depuis dix ans, Mme X... ne va à la selle que par médicaments (grains de santé, rhubarbe, etc...), ou par lavements. Cette constipation cesse, lors du séjour annuel à la campagne.

Mme X... consulta fréquemment au sujet de son estomac et de ses troubles digestifs à l'hôpital Necker et à Boucicaut.

Les amers (gentiane colombo, noix vomique), les purgatifs et laxatifs (sulfate de soude, crème de tartre, évonymine, cascarine), les poudres alcalines et absorbantes, les sels biliaires, les ferments digestifs (pancréatine), les médications toniques, ferrugineuses

et antispasmodiques, des régimes variés, portant sur la nature des aliments et aussi sur leur quantité, furent tour à tour conseillés. Il n'y eut que des améliorations passagères.

Examen de l'appareil digestif.

I. *Examen du ventre.* — Obésité marquée de la paroi abdominale. Eventration. Ptose viscérale importante. Hyperesthésie du creux épigastrique à la pression. Le rein droit assez mobile, descend facilement, mais n'est pas flottant.

Depuis six ans, à la suite de sa dernière opération, Mme X... porte une ceinture abdominale.

Examen de l'estomac. — I. *A jeun*, en décubitus dorsal pas de clapotage. Un seul point douloureux à la pression, situé à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic.

II. *Une heure et demie après le repas.* — En décubitus dorsal, l'estomac descend exactement jusqu'à l'ombilic, où il y a une vive sensibilité.

Examen dentaire (Rousseau-Decelle). — Côté droit : *Haut :* 3, 4, obturées indolores ; 8, racine arthrite douloureuse. *Bas :* 5, 6, absentes, extraites antérieurement.

Côté gauche : *Haut :* 2, obturée, commence à se désobturer, indolore ; 6, 7, absentes, extraites antérieurement ; 8, racine, indolore. *Bas :* 4, racine, indolore ; 5, 6, absentes, extraites antérieurement ; 8, absente.

8HG n'est plus douloureuse depuis deux ans, mais a donné de fréquentes odontalgies, avec abcès et œdème de la face.

5BG a été extraite il y a deux mois à la suite de violentes douleurs.

Du côté gauche, il y a une large brèche gingivale.

Mme X... mange exclusivement du côté droit, par habitude.

Légère gingivite au niveau des dents de bouche.

Mme X... est réglée régulièrement. Les règles durent de deux à trois jours, ne sont pas douloureuses, mais sont peu abondantes.

Mme X... est très nerveuse et irritable. Elle a de violentes colères, et devient alors rouge pourpre. Ces accès de colère se terminent par des crises de larmes et du hoquet.

Erythrose psychique très importante.

Très impressionnable, Mme X... a peur de tout et se laisse rapidement aller au découragement. Elle s'inquiète facilement, particulièrement au sujet de sa chevelure.

Mme X... dort mal, rêve continuellement mais sans cauchemars, et se réveille fatiguée.

Troubles de calorification habituels pendant l'hiver (froid des pieds, engelures).

Les réflexes, le champ visuel sont normaux.

Les points mentonnier, sus et sous-orbitaire sont peu sensibles à la pression, des deux côtés.

Mme X... présente depuis longtemps un degré important d'embonpoint. De petite taille (1 m. 52), elle pesait il y a deux ans 69 kilogrammes,(elle avait alors fréquemment de la dyspnée et de l'essoufflement). Elle pèse actuellement 65 à 66 kilogrammes.

Mme X... avait autrefois une « magnifique » chevelure qui, à l'âge de 14 ans, descendait au voisinage du genou. Jusqu'à cette époque, elle se coiffait en deux nattes ; puis, jusqu'à l'âge de 18 ans, elle fit une torsade sur le sommet, et quelquefois deux, une au sommet et l'autre à la nuque. A partir de cet âge, elle suivit la mode, réunissant de préférence ses cheveux au voisinage du sommet. Les cheveux, autrefois blonds roux, sont actuellement

châtains, mais partiellement décolorés à leur extrémité. La chute des cheveux commença à se manifester il y a quinze ans (à l'âge de 22 ans), à la suite de son premier accouchement. Elle n'a fait que s'accentuer depuis, et Mme X... est en marche vers la décalvation totale. La dépilation, très accentuée, intéresse surtout le sinciput et la région médio-céphalique. Importante aussi ailleurs, elle est moins considérable au niveau des angles fronto-pariétaux, qui sont relativement respectés.

La chevelure est actuellement très faible.

La numération des cheveux est facile au sommet de la tête. Nous en avons compté, 1 centimètre en avant du sinciput, 68 sur 1 centimètre carré.

Mme X... a remarqué que les cheveux tombaient davantage l'été pendant les mois chauds (juillet, août, septembre) alors que la séborrhée était plus intense et la sudation plus considérable. A la suite des deux opérations, il y eut une chute de cheveux plus marquée.

Les ennuis, les soucis, avant les deux opérations semblent l'avoir augmentée. Les temps humides faciliteraient aussi la chute.

Ni céphalées, ni dermalgie, ni prurit.

Le cuir chevelu est huileux. La pression fait sourdre d'abondantes gouttelettes de graisse au niveau des orifices pilo-sébacés. Après les repas, sous l'influence de la chaleur, pendant les temps humides, la séborrhée devient plus intense. Elle est telle que, pendant la nuit, Mme X... est obligée de recouvrir son oreiller d'un linge protecteur.

Pour lutter contre cette séborrhée, Mme X... se lave tous les matins avec de l'éther de pétrole (prescription du *Dr Sabouraud*).

Dès deux heures après ce dégraissage quotidien, le cuir

chevelu est franchement huileux, et on peut par la simple pression *faire ruisseler de l'huile, à sa surface*. Nombreux follicules ponctués, vides de poils, d'où l'expression fait sortir des comédons.

Le cuir chevelu est épais, empâté, malaisément mobilisable, insensible aux pressions et aux différentes manœuvres. Il est congestif, rougit facilement à la suite du plissement (érythrose passive).

La dépilation quotidienne est abondante : les cheveux tombent « à pleins peignes ».

Les cheveux ayant été divisés soigneusement par une raie antéro-postérieure rigoureusement médiane, la masse des cheveux du côté *droit*, examinée à la base, appréciée quantitativement et de façon globale, à la main, est plus importante que celle de *gauche* d'environ 1/5. La longueur des cheveux de droite ramenés en arrière dépasse ceux de gauche de 2 à 3 centimètres.

Depuis cinq ans, Mme X... ne peut plus faire de coiffure avec ses propres cheveux, et porte un postiche sur la région du sommet.

Les cheveux jeunes sont en nombre infime.

Mme X... s'est soignée de façons très diverses. Elle consulta d'abord M. Gaucher en 1898, puis fréquenta, régulièrement, pendant près de dix ans, la consultation de M. Sabouraud à l'hôpital Saint-Louis.

De nombreux médicaments furent employés sous formes de lotions et pommades, à base de :

Résorcine	Acide phénique.
Hydrate de chloral	Bichlorure de mercure.
Soufre précipité	Acide acétique.

Sulfure de carbone saturé de soufre. Acide tartrique.
Tétrachlorure de carbone . . . . . Sulfate de potasse.
Huile de cade . . . . . Sulfate de soude.
Acide pyrogallique . . . . . Sulfure de calcium.

Mais nulle prescription diététique, nulle recommandation d'hygiène générale ne furent faites.

L'application d'acide pyrogallique, tolérée à petites doses, provoquait à hautes doses, des vertiges et des étourdissements.

Le traitement fut suspendu, pendant la dernière grossesse, par M. Sabouraud, qui conseilla à Mme X... de revenir après ses couches.

Elle revint pour la dernière fois à sa consultation, il y a deux ans, pendant l'hiver ; c'est alors que M. Sabouraud prescrivit les dégraissages quotidiens à l'éther de pétrole.

Depuis 15 ans également s'est développée une séborrhée faciale importante. Le front, les sourcils, le nez et le menton sont particulièrement gras, huileux et luisants.

Les orifices pilo-sébacés dilatés ponctuent le visage d'un piqueté grisâtre.

Le jeudi 16 décembre 1909. — Début du traitement: Bradyphagie, mise en état de la bouche ; suppression des laxatifs.

Continuation des soins locaux (dégraissage quotidien à l'éther de pétrole).

Mardi 21 décembre 1909. — Le régime est appliqué depuis cinq jours.

Diminution du ballonnement et de la torpeur postprandiale.

Mme X... se sent plus alerte et peut travailler de suite après les repas. Autant d'éructations. Ayant abandonné les purgatifs, Mme X... n'est pas allée à la selle.

Baisse sensible de l'érythrose faciale et de la température locale par rapport aux précédentes constatations du 10 décembre 1909.

Température buccale	Différence	Température génienne	Différence
G. 36°5	»	29°	— 6°
D. 36°6	— 0°2	28°	— 5°5

Le cuir chevelu est aussi gras. La dépilation a été importante.

Mardi 4 janvier 1910. — Mme X... mange moins vite, (en 1/2 h. environ), mastique bien. Elle se nourrit des mêmes aliments, mais en moins grande quantité, presque moitié moins. Le pain a été aussi réduit de moitié.

Amélioration digestive. Disparition des fringales. Moins de ballonnement (cependant les féculents, même bien mastiqués, ballonnent encore Mme X...). Beaucoup moins de constipation, malgré la suppression des laxatifs (constipation pendant un jour, à la suite de l'ingestion, la veille, de bonbons de chocolat).

L'érythrose post-prandiale a presque complètement disparu sauf deux jours pendant une période de règles.

Poids : 62 kilogrammes.

Amaigrissement de 3 kilogrammes depuis une quinzaine de jours.

Règles le 29 décembre.

Séborrhée de la face et du cuir chevelu sensiblement analogue à son état au début du traitement. La pression fait encore sourdre du cuir chevelu de nombreuses gouttelettes de graisse.

Pas de modification notable dans la dépilation.

Mme X... continuera le régime bradyphagique, mais en s'efforçant de manger *autant* qu'auparavant.

Le mardi 11 janvier 1910. — Mme X... s'est efforcée de manger autant qu'autrefois, sans y parvenir tout à fait. Elle éprouve une certaine gêne à manger davantage.

Le ballonnement est moindre et n'est plus marqué que pour certains aliments : sauces, salades, choux, haricots, lentilles. Moins de renvois gazeux, moins de constipation.

Il n'y a pas eu d'*érythrose post-prandiale*.

Mme X..., depuis que son attention a été attirée sur ce point, s'est inquiétée pendant toute la semaine de son érythrose gauche et de sa couperose, bien qu'elles soient en diminution.

Persistance de l'amaigrissement obtenu.

Cuir chevelu et face moins gras et moins huileux. Quelques follets en repousse.

Le mardi 18 janvier 1910. — Amélioration digestive progressive.

Éructations moins nombreuses, pesanteur post-prandiale moindre.

L'érythrose est en notable diminution ; les télangiectasies sont plus fines.

La prédominance de la couperose au côté gauche est de moins en moins appréciable.

La veille, poussée d'érythrose anormale à la suite d'un travail fatigant (lessive de quinzaine).

La séborrhée du cuir chevelu bien que diminuée, est encore intense, peut-être un peu plus qu'au précédent examen.

Le mardi 15 février 1910. — Mme X... n'est pas venue depuis un mois à cause des inondations. Elle habitait une maison inondée, d'où elle ne put sortir pendant douze jours. Elle a été très effrayée; les règles qui étaient venues à cette époque se sont

arrêtées, puis ont reparu quatre jours plus tard, après un traitement emménagogue (apiol, bains sinapisés).

Irrégularité plus grande des heures de repas. Nulle attention à la mastication soigneuse des aliments.

Réapparition de l'érythrose et surtout de la constipation.

La séborrhée a été plus accusée pendant cette période troublée. La dépilation, dès la première semaine des inondations, a été supérieure à ce qu'elle était auparavant, *plus du triple*, et s'est maintenue à ce taux.

La dépilation a été particulièrement importante au niveau des régions temporales et du sinciput, où la décalvation a un peu progressé. Dans ces deux régions, quelques cheveux courts en repousse.

Depuis huit jours, reprise du régime précédemment institué : les troubles digestifs ont de nouveau disparu.

Mardi 22 février 1910. — Mme X..., après un long trajet sur une impériale d'omnibus, a eu froid et présente une vive érythrose faciale, maximale à gauche. Le cuir chevelu, à l'impression de la main, paraît d'une température supérieure à la normale.

Température du cuir chevelu dans la région médio-céphalique	32°
Température génienne G.	33°2
— — D.	32°

La dépilation est en diminution légère.

Traitement psychothérapique : 3 gouttes de teinture de thuya occidentalis avant chacun des trois repas.

Jeudi 3 mars 1910. — Mme X... est allée régulièrement à la selle, sauf pendant trois jours.

Période de règles.

Poids, 63 kilogrammes. Augmentation de poids d'un kilogramme depuis le 4 janvier.

Mme X... se plaint du froid des pieds, habituel l'hiver. Le refroidissement est plus intense le soir et dure jusqu'au milieu de la nuit.

Décroissance progressive de la séborrhée.

La dépilation est en diminution légère.

La région médio-céphalique donne encore une impression de chaleur. Température : 32°.

Traitement. — Rationnement alimentaire ; diminution de la quantité de café, traitement du froid des pieds (le soir : pédiluves chauds et prolongés ; marche rapide sur place ; mouvement d'extension et de flexion du pied, la jambe étendue et élevée ; chauffe-pieds pour le lit).

Jeudi 10 mars 1910. — Mme X... mange un peu moins. Il n'y a pas eu de constipation. Il n'y a plus de paroxysme postprandial de l'érythrose. L'érythrose émotive persiste encore, mais moins forte qu'auparavant.

Les *règles autrefois insuffisantes sont actuellement plus abondantes*, et Mme X..., a déjà constaté que l'augmentation des règles coïncidait avec les périodes d'amaigrissement.

L'état gras du cuir chevelu, en notable diminution sur le début, est à peu près identique à celui observé la dernière fois. La pression fait sourdre encore quelques gouttes de sebum. La température du cuir chevelu est un peu moins élevée : 31°6.

La dépilation faible est stationnaire. La décalvation ne progresse plus dans la région du sommet, et la présence de follets est nettement constatable à la région médiane et sur les parties latérales et postérieures du cuir chevelu.

Jeudi 17 mars 1910. — Nouvel examen viscéral.

La ptose abdominale est aussi importante. Le rein droit est mobile, sans être flottant. La pression au niveau du creux épigastrique est moins douloureuse qu'au début.

La séborrhée du cuir chevelu est en notable diminution, de même que celle de la face, dont la diminution est encore plus accentuée.

La première prémolaire inférieure gauche, à l'état de racine douloureuse, sera extraite le jour même. Les troisièmes molaires supérieures droite et gauche seront extraites ultérieurement.

L'érythrose post-prandiale a complètement disparu ; l'érythrose psychique et à la chaleur et la dépilation sont sans changement appréciable.

Samedi 26 mars 1910. — La veille, déjeuner fait une heure en retard, composé d'aliments lourds et épicés. Indigestion, pesanteur pendant toute la durée de l'après-midi, lassitude. Pendant la nuit rêves continuels. Le lendemain la chute des cheveux aurait été plus considérable.

La dépilation hebdomadaire reste faible.

Mardi 5 avril 1910. — Deux extractions dentaires ont été faites du 20 au 27 mars.

Digestion pénible à la suite d'un repas particulièrement lourd.

Les féculents qui constipaient et ballonnaient Mme X... sont habituellement beaucoup mieux tolérés et ne provoquent plus de ballonnement. Nouvel amaigrissement de 2 kilog. *Poids actuel* : 61 kilog.

Mme X... a fait sans fatigue de nombreuses marches. Elle est plus leste et plus alerte qu'autrefois.

Elle présente aux mains des *engelures* et des *gerçures* accentuées depuis une lessive faite la veille.

A la palpation, le cuir chevelu paraît moins hyperthermique qu'autrefois. Le maximum perçu est à la région antérieure, là où la dépilation est aussi maximum. Température (à la région antérieure) : 30°5.

La décalvation paraît progresser encore un peu à la région antérieure. La dépilation a été importante pendant la semaine.

Traitement bio-kinétique des engelures.

Le jeudi 7 avril 1910. — La séborrhée huileuse est en notable diminution. Les follets en repousse, ont déjà atteint 2 à 3 centimètres, mais sont en nombre relativement faible.

Traitement. — Massage vigoureux du cuir chevelu deux fois par jour pendant dix minutes.

Suppression de la boisson au repas; Mme X... boira à 4 heures et à 9 heures un verre d'eau de Pougues ou de tisane chaude.

Mardi 19 avril 1910. — Mme X... n'a pu rester que quatre jours sans boire au repas, en prenant entre les repas une tasse de tisane de houblon, et elle a été très constipée. Depuis, elle boit le moins possible au repas, un demi-verre environ ou moins.

Les massages du cuir chevelu ont été faits régulièrement matin et soir pendant près d'un quart d'heure.

Les massages font sourdre de la graisse en abondance, et provoquent une vive sensation de chaleur locale.

La dépilation n'a pas été plus importante.

Le cuir chevelu paraît moins gras qu'à la dernière constatation, la repousse plus accentuée.

La température du cuir chevelu est de *31°8*.

Traitement ; continuation du massage du cuir chevelu. Massage facial. Boissons chaudes au repas (un verre de limonade citrique cuite).

Le jeudi 28 avril. — Même état digestif, satisfaisant.

Grande amélioration du cuir chevelu, moins gras et moins huileux. La pression fait sourdre beaucoup moins de liquide glandulaire. Il y a moins de follicules ponctués.

La dépilation diminue.

L'hyperthermie du cuir chevelu, appréciée à la main, est moindre.

La repousse s'accentue. Un lavage à l'éther de pétrole sur deux sera supprimé. (Ces lavages ne sont plus pratiqués que tous les deux jours).

Le massage de la face, fait par la malade elle-même, a produit une régression légère des télangiectasies gauches.

Samedi 7 mai 1910. — Depuis trois semaines, période de *grippe* (coryza et trachéo-bronchite), avec alternatives d'amélioration et de rechute.

Mme X... prend depuis quinze jours de la limonade citrique cuite au repas.

La période cataméniale a pris fin il y a huit jours.

Pendant la période grippale, réapparition de quelques troubles digestifs : ballonnement postprandial d'une durée de deux heures, constipation pendant trois jours, fétidité de l'haleine le matin au réveil.

Depuis neuf jours, Mme X... n'a fait le lavage du cuir chevelu à l'éther de pétrole que tous les deux jours.

La séborrhée est en diminution. Le lendemain du dégraissage, la pression forte fait encore sourdre des gouttelettes de sueur grasse.

La dépilation a peu varié.

La repousse des follets s'accentue. Ils sont plus nombreux et plus colorés.

Traitement hygiénique de la grippe : aération, gymnastique respiratoire, lavages intra-narinaires d'eau salée chaude.

Jeudi 19 mai 1910.—Diminution de la grippe et du coryza.

Périodes de fortes chaleurs. Mme X..., altérée, a bu davantage. La limonade citrique tiède n'a été prise qu'irrégulièrement. Elle désaltère insuffisamment.

La constipation diminue.

A la suite d'une lessive et de l'usage de savon noir, dermite artificielle des mains.

Il n'y a plus d'érythrose postprandiale, l'érythrose émotive persiste seule ; les télangiectasies gauches sont moins visibles.

Le massage bi-quotidien a été continué, les lavages à l'éther de pétrole n'ont été faits que tous les deux jours.

Le cuir chevelu est moins gras qu'au dernier examen. La pression ne fait plus sourdre de gouttelettes huileuses, mais seulement quelques cocons séborrhéiques à tête noire.

La dépilation a été un peu moindre.

Les jeunes cheveux sont solides et résistants à la traction.

Samedi 28 mai 1910. — A sa sortie de l'hôpital lors de sa dernière visite, Mme X... a ressenti une violente douleur dans la jambe et la cuisse gauches, avec maximum douloureux à la fesse. *Diagnostic* à l'hôpital Boucicaut : crise de sciatique. *Traitement :* Bains de Barèges. Siphonages, cachets d'antipyrine et de salicylate de soude. Les cachets n'ont pas été pris.

Depuis cinq ans, il y avait, dans la jambe gauche, des crampes, ayant apparu après un bain de mer (?)

Les règles ont eu lieu avec une avance de neuf jours ; elles ont été plus abondantes que d'habitude.

Séborrhée du cuir chevelu en diminution. La dépilation est stationnaire.

Le visage est plus frais, moins empâté et moins érythrosique.

Traitement: diminution de la viande et réduction de la bois-

son au repas (1/2 verre d'eau rougie au repas) 1 verre d'eau de Pougues entre les repas, à 4 heures et à 9 heures. Bains sulfureux et siphonages.

Le samedi 4 juin 1910. — L'eau de Pougues a été prise par erreur pendant le repas. *Augmentation de l'appétit*, que Mme X... ne satisfait plus complètement depuis le rationnement. Digestions très bonnes, pas de constipation.

Les douleurs de la névralgie sciatique diminuent. Mme X... peut se coucher sur le côté malade.

Fortes chaleurs. Augmentation de la sudation de tout le corps, et dépilation un peu plus accentuée.

Traitement. — L'eau de Pougues sera prise entre les repas à la dose de un demi-verre à 4 heures et à 9 heures.

Un verre de citronnade cuite et froide au repas.

Jeudi 16 juin 1910. — Les douleurs sciatiques sont en régression, n'existent plus qu'au moment des efforts, et ont disparu pendant la nuit (à l'examen, nous trouvons du côté gauche le signe de Bonnet, de l'hyperesthésie musculaire, et un point péronier sensible).

Mme X... a bon appétit, mais mange environ moitié moins qu'autrefois. Bon état digestif, pas de constipation. Nouvel amaigrissement de 1 kg. 500, depuis un mois, c'est-à-dire depuis le début de la sciatique (poids actuel, 59 kg. 500).

Léger surmenage, son fils ayant été souffrant.

Mme X... a encore une certaine impotence fonctionnelle de son membre malade.

Dépilation stationnaire.

Le mardi 21 juin 1910. — Il y a quatre jours, purgation de 30 grammes d'huile de ricin, prescrite à l'hôpital Boucicaut. Quatre évacuations, et le soir même élancements au niveau des

reins et de l'estomac, et ballonnements du ventre ; depuis, le ballonnement persiste.

Soif vive. La citronnade ne désaltère pas Mme X...

Constipation légère depuis la purgation.

Comme les autres années à pareille époque, pendant les chaleurs Mme X... transpire beaucoup à la face et au cuir chevelu.

La tête est beaucoup moins grasse, après deux jours sans lavage, qu'autrefois avec le lavage quotidien à l'éther de pétrole.

La dépilation est à peu près analogue à celle du 16 juin. La repousse s'accentue principalement au niveau de la région médio-frontale antérieure. Les cheveux sont encore clairsemés au vertex et à la région *pariéto-occipitale* gauche, où l'on reconnaît une zone de dépilation diffuse plus massive. La première prémolaire inférieure gauche atteinte d'arthrite, et la troisième molaire supérieure gauche à l'état de racine ont été extraites à la fin du mois de mars 1910.

Traitement. — La citronnade est remplacée au repas par un verre de la solution de Bourget ainsi formulée :

Bicarbonate de soude	8 gr.
Phosphate de soude.	4 —
Sulfate de soude.	2 —

Pour 1 litre d'eau bouillie.

Jeudi 30 juin 1910. — La névralgie sciatique s'atténue. Il y a encore dans la jambe gauche une légère parésie névralgique ; mais, d'ensemble, Mme X... se sent plus alerte.

La période des règles vient de prendre fin.

Le ballonnement du ventre a disparu.

Il n'y a plus de dermite artificielle des mains.

La séborrhée du cuir chevelu diminue.

La dépilation a été un peu plus forte que la semaine précédente.

La repousse s'accentue.

Mardi 12 juillet 1910. — Les douleurs sciatiques sont très diminuées. L'impotence sciatique dont se plaignait Mme X... a disparu. Elle se trouve de plus en plus alerte ; elle se fatigue moins facilement.

Un examen génital pratiqué par le Dr Petitjean (service du Dr Siredey) au sujet de la sciatique n'a rien révélé d'anormal.

Constipation légère (selles tous les deux jours).

Tous les ans, la séborrhée, l'hyperidrose et la chute des cheveux étaient beaucoup plus considérables pendant les mois chauds. La séborrhée, très diminuée par rapport au début du traitement, est un peu plus intense qu'au printemps, mais beaucoup moindre que l'été dernier.

L'hyperidrose serait aussi importante.

La dépilation est un peu plus forte que les semaines précédentes, mais moins considérable que l'été dernier.

Le port du postiche est particulièrement pénible pendant la saison chaude.

Dépilation de la tête des sourcils depuis deux mois environ.

La séborrhée faciale, en grande diminution, comparativement au début, a subi, sous l'influence des chaleurs caniculaires, une légère recrudescence.

Vendredi 14 octobre 1910. — A la fin du mois de juillet, *surmenage* pendant huit jours, deux nuits sans repos, puis voyage pénible. A la suite Mme X... eut pendant cinq à six jours, de l'œdème des jambes jusqu'aux genoux. Depuis, les malléoles sont fréquemment enflées après une station debout prolongée et quelques varices externes sont visibles.

Pendant les vacances, Mme X... a fait un séjour à la campagne. Elle a été bien portante, mais s'est suralimentée et a fait quelques écarts tachyphagiques.

La solution de Bourget a été remplacée par 1/2 à 3/4 de verre d'eau rougie.

Augmentation de poids de 2 kilogr. 500.

Pas de troubles digestifs, pas de constipation. Encore un peu d'érythrose après un exercice violent ou un repas animé.

Les massages ont été faits irrégulièrement tous les deux ou trois jours, le lavage à l'éther de pétrole régulièrement tous les deux jours.

Mme X... a porté tous les jours, plus longtemps qu'à Paris, son postiche, cause d'augmentation de la chaleur locale et d'exagération de l'hyperidrose.

La séborrhée est au même degré qu'avant les vacances, mais diminuée par rapport au début du traitement. Encore quelques comédons; l'expression fait sortir encore quelques gouttelettes de sebum.

Quelques rares pellicules sur les parties latérales du cuir chevelu.

La dépilation, peut-être un peu supérieure à ce qu'elle était à Paris, au début de l'été, *a été nettement moindre que l'année précédente à pareille époque.*

La repousse des follets paraît stationnaire. Dans son ensemble, la masse des cheveux serait plus faible, le sinciput et la tête des sourcils en particulier, sont peu garnis.

Traitement: application quotidienne d'une bande de crêpe Velpeau, contre l'œdème malléolaire et l'état variqueux des jambes.

Vendredi 21 octobre 1910. — Application tous les deux jours de la lotion :

Soufre précipité. } ââ 10 grammes.
Alcool à 90°. }

Eau distillée. } ââ 50 grammes.
Eau de roses. }

Le massage et la mobilisation du cuir chevelu sont suspendus.

Mardi 29 octobre. — Mme X... fait depuis huit jours le traitement soufré. Elle applique un jour la lotion soufrée et le lendemain fait un lavage à l'éther de pétrole.

État général et local satisfaisants.

Le poids, un peu plus important de la dépilation, tient, en partie, à des particules de soufre adhérentes aux cheveux.

Mardi 22 novembre 1910. — Depuis la saison froide, Mme X... a de nouveau la joue gauche exposée à la chaleur rayonnante d'un poêle. l'érythrose faciale reparait maximale à gauche.

La séborrhée est au même état qu'avant l'application de la lotion soufrée, dont l'action passagère ne dure que le jour même de l'application. Le soufre blondit et décolore les cheveux, les rend secs et poussiéreux.

La dépilation a été un peu plus faible que la semaine précédente.

Traitement. — Mme X... fera le jour même un lavage de tête au bois de Panama et cessera le traitement soufré. Reprise du lavage à l'éther de pétrole tous les deux jours, du massage bi-quotidien et de la mobilisation quotidienne du cuir chevelu.

Jeudi 24 novembre 1910. — Mme X... continue à se suralimenter, mange à des heures irrégulières, prend du café. Retour partiel à la tachyphagie.

Augmentation de poids (P. : 64 kgs).

Pesanteur post-prandiale, narcolepsie, constipation (selles tous les 2 jours). Paresse digestive pour certains aliments.

Ces phénomènes dyspeptiques, explicables par le relâchement de l'hygiène prescrite, sont beaucoup moins importants qu'autrefois.

Les urines laissent déposer des cristaux rougeâtres d'acide urique et sont recouvertes d'une pellicule grasse et irisée. Il n'y a ni sucre, ni albumine.

Les engelures étaient habituelles l'hiver.

Mme X... a appliqué le traitement préventif des engelures (mobilisation des mains en élévation), et n'en a pas eu jusqu'alors.

Constatation de craquements articulaires au niveau des genoux.

Le lavage au bois de Panama a été fait le 22 novembre. Le lendemain, après la reprise du massage, abandonné depuis un mois, Mme X... a constaté l'existence d'une exsudation grasse plus abondante que d'ordinaire.

La dépilation est stationnaire, mais relativement faible. La dépilation sourcilière, localisée à la tête des sourcils persiste.

La séborrhée faciale, diminuée par rapport au début, est en *statu quo*.

Traitement. — On insiste sur la nécessité et l'importance du *rationnement alimentaire*, Mme X... devra s'observer très attentivement à ce point de vue.

Reprise de la citronnade : un demi-verre au repas.

A 7 heures et à 9 heures : un demi-verre d'eau de Pougues.

Brossage quotidien à sec de la figure.

Application au niveau de la tête des sourcils, de la pommade :

Vaseline jaune	30 gr.
Oxyde jaune d'hydrargyre . . .	0 gr. 25
Ichtyol	1 gr.

Mardi 13 décembre 1910. — Mme X.. a recommencé à se rationner, surtout au repas du soir.

Elle boit actuellement un demi-verre de citronnade chaude au repas et un demi-verre d'eau de Pougues à 4 heures et à 9 heures.

Constipation au même degré (selles tous les deux jours).

Le port d'une bande de crêpe n'a apporté à Mme X... qu'un médiocre soulagement. Le soir les pieds sont gonflés et chauds.

Poids : 64 kilogrammes, identique à celui de la pesée précédente.

La mobilisation active et passive du cuir chevelu a été jointe au massage. Mme X... fait très bien contracter ses muscles frontal et occipital. Elle mobilise l'aponévrose épicranienne et le cuir chevelu, jusqu'à épuisement musculaire, pendant environ deux minutes.

Pendant la période des règles, Mme X... a noté pour la première fois que la séborrhée était plus considérable et la dépilation un peu plus forte que dans la période intercalaire.

La repousse s'accentue au cuir chevelu et commence à la tête des sourcils.

Le brossage de la figure, fait pendant cinq minutes, provoque de la rougeur et de la chaleur de la peau (durant environ vingt minutes) avec sensation de fourmillements et de picotements; puis se produit une phase de pâleur avec sensation de bien-être.

Il y a eu moins de poussées d'érythrose du côté gauche. La peau de la face est moins grasse et plus douce.

Traitement. — Gymnastique respiratoire, musculaire et abdominale.

Le jeudi 12 janvier 1911. — Jusqu'au 31 décembre, bon état de santé. Pas d'excès alimentaire.

Le 1er janvier, malaise au réveil, douleur dans le bras droit.

Ballonnement et hyperesthésie de l'abdomen. Éructations répétées, n'amenant qu'un soulagement momentané. Inappétence, état saburral de la bouche, pas de constipation.

D'elle-même, Mme X... a pris une cuillerée à café de sulfate de soude, sans amélioration.

L'état dyspeptique a duré une semaine jusqu'au dimanche 8 janvier. Céphalée pendant un jour, le 5 janvier.

Depuis, le 10 janvier, Mme X... a pu faire une forte journée de avage, sans en être incommodée.

Amaigrissement d'un kilogramme environ.

La mobilisation et le massage du cuir chevelu ont été faits régulièrement, ainsi que le dégraissage tous les deux jours à l'éther de pétrole.

Le cuir chevelu n'est pas très gras. Encore quelques follicules ponctués et quelques comédons.

Les cheveux longs continuent à tomber, en quantité faible.

Les cheveux en repousse sont nombreux, et atteignent en moyenne 3 à 4 centimètres. Par rapport aux anciens, ils sont environ dans la proportion d'un tiers.

La zone pariéto-occipitale gauche signalée plus haut (le 14 juin 1910) est très dégarnie. Cette zone a la surface d'une paume de main. Les cheveux longs et anciens y sont peu nombreux ; par contre les cheveux en repousse y sont très apparents.

La masse des cheveux du côté gauche est un peu moins importante que celle du côté droit.

Traitement. — Contre l'apparition de nouveaux troubles digestifs, Mme X... prendra immédiatement après le repas dans une tasse de camomille chaude une cuillerée à café de la poudre:

Craie préparée . . . . . 50 gr.
Bicarbonate de soude. . . . . 5 —
Sulfate de soude . . . . . 1 —

Les lotions à l'éther de pétrole seront remplacées par la lotion :

Liqueur d'Hoffmann . . . . . } ââ 25 gr.
Eau de Cologne . . . . . }

appliquée de la même façon, tous les deux jours.

Le samedi 4 février 1911. — Les diverses prescriptions d'hygiène digestive et générale ont été bien suivies, les différentes gymnastiques ont été exécutées.

La médication alcaline a été prise pendant huit jours.

Aucun trouble digestif.

Amaigrissement portant surtout sur la poitrine et l'abdomen.

Les règles peu abondantes autrefois, sont plus abondantes et normales depuis l'amaigrissement.

Depuis quinze jours, laryngo-trachéite.

L'application de la nouvelle lotion a été faite. Elle dégraisse mieux que l'éther de pétrole.

Après une période d'entraînement, Mme X... peut faire des mouvements de mobilisation active du cuir chevelu pendant trois à quatre minutes.

Diminution graduelle de la séborrhée.

La repousse est importante et de plus en plus accentuée, principalement dans la région du sommet.

Le relèvement des cheveux, le brossage à rebours la mettent facilement en évidence.

Le brossage de la figure est fait régulièrement. La diminution de la séborrhée faciale est plus lente au niveau du sillon naso-génien et de la région intersourcilière.

Persistance de l'érythrose émotive gauche mais à un degré moindre.

Le mardi 14 février 1911. — Persistance de la laryngo-trachéite.

Depuis une quinzaine de jours, alimentation consistant surtout en viandes rôties et purées.

Depuis une dizaine de jours, ballonnement du ventre vingt à vingt-cinq minutes après le repas. Mme X .. a pris pendant cinq jours de la poudre alcaline sans amélioration.

Mme X... est inquiète au sujet des dépôts uratiques de ses urines, qui ont été pendant trois jours troubles à l'émission. Elle s'imagine boire insuffisamment. La quantité de liquide absorbée est cependant supérieure à un litre par jour.

Mme X... a eu cet hiver quelques engelures aux pieds non traités, mais n'en a pas eu aux mains, traites préventivement.

La dépilation a été pendant la dernière semaine un peu plus forte que précédemment.

Traitement. — Rationnement : diminution des féculents et des purées.

Traitement hygiénique de la grippe.

Mardi 21 février 1911. — Persistance de la laryngo-trachéite.

Bon état digestif.

Poids : 62 kilogrammes, en diminution d'un kilogramme sur la dernière pesée.

Diminution progressive de la séborrhée.

Deux caries dentaires à traiter (incisive latérale supérieure gauche, canine supérieure droite).

Traitement. — Association du traitement médicamenteux de la grippe au traitement hygiénique :

a) Cachets de 50 centigrammes de Terpine (2 par jour).

Inhalations de vapeurs d'eucalyptus.

Cataplasmes sinapisés.

b) Aération et gymnastique respiratoire.

Mardi 14 mars 1911. — La gymnastique respiratoire a été faite irrégulièrement. L'usage des médicaments a été suspendu depuis huit jours.

Même état de la laryngo-trachéite. Coryza depuis quatre à cinq jours. Quelques céphalées.

Nul trouble digestif. La constipation n'existe plus depuis trois mois, alors que depuis douze ans, Mme X... n'allait à la selle que par laxatifs.

Poids stationnaire.

Mme X... porte des bas à varices, qui la soulagent mieux que les bandes de crêpe Velpeau. Diminution de l'œdème malléolaire.

Mme X... est trop vêtue ; elle porte cinq vêtements superposés et s'entoure le cou d'une fourrure.

Bon état du cuir chevelu. Diminution de la séborrhée. Accentuation de la repousse.

Traitement. — Brossage à sec bi-quotidien du cuir chevelu, pendant cinq minutes.

Samedi 8 avril 1911. — Diminution de la laryngo-trachéite, puis nouvelle poussée sous l'influence du froid.

État digestif satisfaisant. Un peu de constipation.

La dépilation est plus importante depuis le brossage.

La repousse est très évidente, surtout au vertex, où il n'y a plus guère d'anciens cheveux.

Samedi 29 avril 1911. — Bon état digestif. Il n'y a plus de constipation. Persistance de l'érythrose émotive, maximale à gauche. Poids : 60 kilogrammes. Diminution de 2 kilogrammes en deux mois. Guérison de la laryngo-trachéite.

Le brossage fait plus vigoureusement produit une chaleur considérable. Il fait tomber beaucoup de cheveux. Mais la repousse s'accentue de plus en plus.

Cuir chevelu encore hyperthermique. On appliquera une nouvelle lotion avec friction.

Alcoolat de lavande.	80 grammes
Liq. d'Hoffmann	40 —
Eau dist. q. s. pour dissoudre.	
Nitrate de potasse.	0 gr. 30
Acide lactique	1 —

Le mardi 16 mai 1911. — Continuation du traitement biokinétique exécuté matin et soir de la façon suivante :

Massage, 5 minutes environ ; brossage, 5 minutes et plus ; friction avec la lotion ; mobilisation active pendant un temps variable, mais faible ; gymnastique respiratoire, musculaire et abdominale pendant dix minutes environ.

Il y a quinze jours, embarras gastrique à la suite d'ingestion d'œufs peu frais. Le lendemain, absorption d'une cuillerée à café d'huile de ricin, puis constipation pendant trois jours.

Diminution importante de l'obésité, portant principalement sur la poitrine et l'abdomen. Poids : à la balance du service (1) : 57 kil. 330.

Depuis le port de bas pour varices, Mme X... est très soulagée.

L'œdème malléolaire vespéral est moindre.

Depuis cinq jours, laryngite et toux légère le matin, suivie d'une expectoration grisâtre.

1. Je n'ai pu prendre moi-même le poids de mes malades qu'à partir du mois de mai 1911, époque à laquelle une balance fut introduite dans le service du Dr Jacquet.

Mme X... est souvent altérée et boit un peu plus d'un verre d'eau rougie au repas. Elle ne prend plus qu'une demie-tasse de café après le déjeuner.

Après le brossage fait énergiquement pendant cinq minutes, le cuir chevelu est très rouge et Mme X... ressent des fourmillements et des picotements très intenses. Le brossage fait tomber moins de cheveux qu'au début.

Le cuir chevelu est encore hyperthermique.

L'expression fait sourdre quelques gouttelettes de sueur grasse, mais en faible quantité.

Le sommet et la région pariéto-occipitale gauche sont garnis exclusivement de jeunes cheveux abondants, longs de 4 à 5 centimètres. En ces régions, il y a eu progressivement chute totale des anciens cheveux, suivie de repousse. Au pourtour du cuir chevelu, en bordure du front et de la zone pariéto-occipitale, il y a une couronne de cheveux longs anciens, parsemée de cheveux nouveaux.

Jeudi 25 mai 1911. — Le dimanche soir précédent, repas composé d'aliments lourds et épicés, polydipsie, contrariétés, colères, énervement.

Le lendemain ballonnement et hyperesthésie gastrique. Eructations et évacuations gazeuses. Poussée d'érythrose, plus marquée à gauche. Céphalées (martèlements) les jours suivants.

L'état dyspeptique persiste trois jours après.

Les urines laissent encore déposer des sédiments uratiques.

Poids (hôpital) 58 kg. 400.

Traitement. — Un rationnement plus important encore est conseillé.

Mme X... mesurera, volumétriquement, la quantité d'urines émises par vingt-quatre heures.

Mardi 20 juin 1911. — Mme X. . est allée consulter au sujet de ses urines à l'hôpital Boucicaut et à l'hôpital Necker.

Elle a mesuré le volume de ses urines et a trouvé pour vingt-quatre heures : 1.250 centimètres cubes et le lendemain pour douze heures : 750 centimètres cubes.

Un rationnement notable a été obtenu, portant particulièrement sur le pain et la viande. Mme X... mange à peine moitié qu'autrefois. Elle prend environ un litre de boissons par jour.

Poids : *56 kg. 450*, soit un amaigrissement de 2 kilogrammes en un mois. L'amaigrissement porte principalement sur le thorax et l'abdomen.

Depuis cinq semaines, Mme X... n'a pas constaté une seule poussée d'érythrose post-prandiale du côté gauche. L'érythrose émotive est faible.

La gymnastique musculaire et abdominale est faite le soir pendant cinq à dix minutes.

Mêmes soins du cuir chevelu que ceux énumérés plus haut.

La mobilisation active et passive a été faite régulièrement deux fois par jour pendant deux à trois minutes.

La séborrhée du cuir chevelu est très diminuée; l'hyperidrose est un peu moins forte que les autres années à pareille époque.

Les cheveux anciens continuent à tomber, et la chute, après avoir été importante au niveau de la région pariéto-occipitale gauche, est en ce moment et probablement depuis un certain temps déjà, particulièrement abondante au niveau de la région pariéto-occipitale droite (1). Dans l'ensemble, la chute est beau-

1. Les lésions dentaires précédemment relevées du côté droit ont été les suivantes :

8 HD, atteinte d'arthrite douloureuse, extraite en mars 1910.
5 et 6 BD, extraites antérieurement.

coup moins importante qu'au début du brossage. D'après la remarque de Mme X... elle s'accentue au moment de la période des règles.

Les nouveaux cheveux, longs de 5 à 6 centimètres, sont solides, et résistent fortement à la traction. Il y a entre eux de nombreux follets, courts et grêles.

Les parties antéro-latérales du cuir chevelu sont encore garnies de cheveux longs et anciens ; de même il reste en bordure du front une couronne de cheveux longs.

La région du sommet, est uniquement recouverte, dans ses deux tiers antérieurs par des cheveux courts, de repousse, alors que dans le tiers postérieur il y a surtout des cheveux anciens.

La numération par cmq. donne dans la première région (médio-céphalique antérieure) 48 cheveux jeunes, et dans la deuxième, quelques cent. en avant du vertex 77 cheveux, dont une douzaine environ de repousse.

Si l'on compare l'état actuel de la chevelure dans la région du sommet à l'état observé au début du traitement (68 cheveux par cmq.) on constate que, si la quantité des cheveux a peu varié, la qualité est bien différente. Les cheveux du début étaient des cheveux anciens et caducs, les cheveux actuels sont des cheveux jeunes, courts et solides, et il y a entre eux de nombreux follets.

L'hémi-dépilation à dominante gauche est encore manifeste. La chevelure ayant été divisée par une raie médiane, la masse des cheveux de droite, évaluée quantitativement à l'œil et à la main, se montre supérieure à celle du côté gauche d'un tiers ou d'un quart environ.

Traitement. — Les urines conservant les mêmes caractères de sédimentation, Mme X... prendra trois fois par jour un cachet de 0 gr. 50 d'urotropine pendant quinze jours, puis repos de cinq jours.

Le 2 juillet 1911. — Bon état digestif et local. Poids 56 kilogrammes.

Afin de pouvoir juger l'importance actuelle de la séborrhée, Mme X... s'abstiendra de tout lavage du cuir chevelu pendant quinze jours. Elle fera uniquement le massage bi-quotidien du cuir chevelu (7 à 8 minutes chaque fois) et la mobilisation.

Suppression des autres moyens thérapeutiques, brossage et lotions dégraissantes.

Le 18 juillet 1911. — Mme X.. a suspendu pendant seize jours les dégraissages du cuir chevelu, sans en être incommodée.

La séborrhée n'est pas sensiblement plus accusée qu'au dernier examen.

La pression ne fait sourdre que très peu de graisse liquide, mais exprime quelques filaments séborrhéiques et quelques comédons.

L'hyperidrose est moindre que l'année précédente à pareille époque.

La dépilation a été moins élevée, par suite de la cessation du brossage.

Les jeunes cheveux s'accroissent sur le sinciput et au niveau de la zone pariétale droite, large d'une paume de main, où ils atteignent une longueur de 4 à 5 centimètres. Il y a encore quelques follicules vides, mais beaucoup sont occupés par de très jeunes follets :

Ainsi *Mme X... a pu rester seize jours, pendant un été particulièrement chaud, sans aucun lavage et sans traitement chimique externe, alors qu'autrefois elle était obligée de procéder tous les jours à un dégraissage à l'éther de pétrole.*

Coryza et laryngite depuis quatre à cinq jours.

Règles du 14 au 16 juillet.

Très bon état digestif.

Grande diminution de la séborrhée faciale.

Les mouvements articulaires, particulièrement ceux des genoux sont plus faciles, plus étendus et se font sans craquements.

Poids : 56 kg. 800 (en augmentation de 800 gr.).

Traitement. — Continuation de l'ensemble biothérapique.

Reprise des lavages et du brossage du cuir chevelu.

Le 30 septembre 1911. — Mme X... a passé quatre semaines à la campagne (mois d'août). L'été ayant été particulièrement chaud, elle s'est trouvée fort incommodée de la chaleur aussi bien à la campagne que depuis son retour à Paris.

Absorption plus considérable de boissons. Pas d'excès alimentaires, mais le rationnement a été moins bien observé.

Des troubles digestifs n'ont été observés qu'une seule fois ; céphalée et vomissements à la fin de la dernière période de règles.

Mme X... avait engraissé pendant son séjour à la campagne, l'alimentation comprenant beaucoup de féculents. Malgré un léger amaigrissement depuis son retour à Paris, elle pèse 1 kilogramme de plus qu'avant les vacances. Poids : 57 kg. 300.

Les règles ont été peu abondantes aux deux dernières périodes menstruelles, particulièrement à la dernière où elles ont été très insuffisantes.

Expectoration matutinale grisâtre.

Ennuis domestiques (le mari est peladique et neurasthénique).

Sueurs importantes de tout le corps, mais particulièrement du cuir chevelu et de la face. L'hyperidrose a été cependant moindre qu'autrefois, en tenant compte de l'intensité des chaleurs.

La séborrhée, très diminuée depuis le début du traitement,

a peu rétrocédé pendant les vacances. L'expression a peine à faire sourdre une gouttelette huileuse. Mme X... n'est plus obligée de protéger ses oreillers comme autrefois.

La dépilation se maintient à un taux faible. Le brossage fait tomber quelques petits cheveux nouveaux depuis le retour à Paris. Quelques-uns de ces cheveux cèdent à une légère traction. D'assez nombreux follicules sont encore vides de poils.

Le 19 octobre 1911. — Mme X... a des présomptions de grossesse. Jusqu'alors elle était très bien réglée. Les règles du mois précédent ont été presque nulles, et celles d'octobre qui devaient avoir lieu le 9, ne sont pas venues, il n'y a pas eu, comme d'habitude, de gonflement des seins quelques jours auparavant.

Cette perspective met Mme X... dans une grande anxiété. Deux examens à l'hôpital Boucicaut ont confirmé le diagnostic de grossesse.

Depuis trois semaines, maux de tête passagers et fugaces, durant à peine une demi-heure. Bouffées de chaleur et érythrose maximale à gauche pendant la période qui correspondait à la période menstruelle.

Poids : 58 kilogrammes (en nouvelle augmentation de 1 kg).

La séborrhée fluente diminue de plus en plus. La séborrhée filamenteuse ou comédonienne est au même état.

L'hyperthermie du cuir chevelu est encore importante, de même que l'érythrose passive.

La dépilation est un peu plus forte. Quelques jeunes cheveux continuent à tomber, au nombre de 10 à 20 par jour. Les cheveux de repousse ont 5 à 6 centimètres dans la région du sommet et résistent fortement à la traction.

Le 24 octobre 1911. — Les angoisses et l'affolement pro-

voqués par la crainte de la maternité ont provoqué des crises de larmes et troublé le sommeil.

Ces craintes se sont évanouies à la suite du retour des règles le 20octobre après soixante-dix jours d'interruption, onze jours après leur date normale pour le mois d'octobre.

La gymnastique musculaire et abdominale a été suspendue pendant huit jours. Les soins du cuir chevelu ont été donnés moins exactement et moins longuement.

Recrudescence légère de la séborrhée.

La dépilation reste un peu élevée, par rapport au taux précédent.

Le 22 novembre 1911. — Il y a quinze jours coryza et angine à points blancs à maximum gauche avec otite gauche.

A la suite, embarras gastrique pendant huit jours; deux purgations furent prises à trois jours d'intervalle.

Quelques troubles de calorification (froid des pieds).

Dernières règles le 18 novembre.

Ennuis (fils malade, atteint d'entérite). Les soins du cuir chevelu ont été abandonnés pendant quatre à cinq jours.

Poids 56 kgr. 350 (diminution de près de 2 kgr. depuis deux mois).

Mme X... a en ce moment les pieds très froids et le cuir chevelu est en état de crise thermique.

La séborrhée est au même degré. La dépilation est un peu moins forte. Les jeunes cheveux ne tombent plus sous l'influence du brossage.

Traitement. — Tous les quinze jours, lavages du cuir chevelu au bois de Panama.

4 janvier 1912. — Bon état à tous égards.

Les règles de la dernière période ont été peu abondantes, le sang menstruel était peu coloré.

Poids : 57 kgr. 200.

Mme X... a fait deux lavages de tête au bois de Panama (le 28 novembre et le 15 décembre).

Diminution de la séborrhée.

Les cheveux longs continuent à tomber, et, si la masse totale de la chevelure est plus faible, le nombre des cheveux est plus considérable et progressivement la repousse s'accentue.

Les cheveux nouveaux sont particulièrement nombreux et existent seuls en 3 régions : dans la région du sommet (2/3 antérieurs) où ils ont en moyenne 3 à 4 centimètres et les plus longs 6 à 7 centimètres ; dans les régions pariéto-occipitale droite et gauche où ils atteignent 10 centimètres.

La numération donne par cmq. : pour le sinciput (2/3 antérieurs) 60 cheveux et quelques petits follets ; pour le 1/3 postérieur, 63 cheveux anciens et 25 à 30 jeunes.

Dans les régions pariéto-occipitales, les cheveux jeunes étant beaucoup plus nombreux que dans les régions précédentes la numération n'a pas été pratiquée. Les cheveux nouveaux sont solides, résistent à la traction et ne tombent presque plus.

15 mai 1912. — Mme X..., est revue en très bon état. La dépilation est plus faible qu'elle n'a jamais été. La repousse s'accentue.

Observation 2 (personnelle) (1).

Mme B..., 40 ans, ménagère.

6 janvier 1910. — 23 mai 1912.

Dépilation diffuse. Canitie diffuse et systématisée.

1. La courbe de dépilation relative à cette observation a été publiée pages 85, 86 et 87.

Crises de prurit ; dermalgie à maximum unilatéral ; pityriasis stéatoïde ; éruption cadique de la nuque.

Tachyphagie, picrophagie, caféisme.

Lourdeur postprandiale, érythrose, narcolepsie, fringales, constipation.

Lésions dentaires. — Ménorragies, leucorrhée.

Nervosisme : colères, ennuis, troubles de calorification, migraines. — Surmenage physique.

Au cours du traitement *apparition :*

A) 1° D'une métrite avec annexite double maximum à gauche (19 février 1910, pertes blanches, douleurs irrradiées), et aggravation des ménorragies.

2° D'une névralgie rhumatismale cervicale droite, avec eczéma systématisé à la nuque (maximum à droite), en rapport avec des lésions dentaires ;

3° D'une dyspepsie nerveuse ;

4° D'accidents de la ménopause.

B) D'éruptions eczématiques du cuir chevelu et de la face. De crises thermiques.

Traitement. — *A) général. Bradyphagie. Rationnement des boissons. Suppression du café. Régime végétarien.*

Traitement gynécologique médical. Stérilisation ovarienne. Gymnastique respiratoire, musculaire et abdominale.

B) local. — Massage du cuir chevelu. Mobilisation passive. Agents chimiques.

Résultats. — *A) Disparition du prurit, de la dermalgie et des éruptions eczématiques. Transformation du pityriasis stéatoïde en un pityriasis sec très atténué. — Arrêt de la dépilation. Repousse.*

B) 1° Disparition de tous les troubles digestifs, y compris la constipation ;

2° Disparition de tous les troubles génitaux et des douleurs irradiées ;

3° Diminution du nervosisme. Réalisation d'un état de santé jusqu'alors inconnu.

Augmentation de la vigueur.

Le 6 janvier 1910. — Mme B... vient consulter pour une dépilation ancienne, accentuée depuis environ un an.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de congestion, jeune encore. La mère est morte à 76 ans, ayant encore une belle chevelure.

Antécédents collatéraux. — Deux frères, qui ont eu de l'impetigo de la face et du cuir chevelu.

Antécédents personnels. — Mme B... a eu de l'impetigo du cuir chevelu tous les hivers jusqu'à l'âge de 10 ans.

Mariée à 21 ans.

Deux enfants : un jeune homme âgé de 19 ans, traité par nous pour du pityriasis simplex ; une fille, âgée de 15 ans, en traitement pour une dépilation diffuse avec grande séborrhée (obs. 9).

Il y a onze ans, hématocèle, ayant nécessité une opération.

Les douleurs persistant, nouvelle opération il y a cinq ans, laparotomie par le Dr Lejars. Guérison à peu près complète. Encore quelques pertes blanches un peu avant les règles.

Au début de 1909, il y a près d'un an, névralgies intercostales, douleurs dans les reins et les cuisses. Au mois de juillet dernier, souffrant toujours, elle fut obligée de retourner à la consultation du Dr Lejars, qui constata une poussée de *bartholinite*, laquelle se répéta trois mois de suite, au moment des règles.

Mme B... est tachyphage (un quart d'heure pour le repas de midi, une demi-heure pour le repas du soir) et ne prend pas soin de bien mastiquer ses aliments.

Elle était autrefois polyphage.

Après le repas, elle est lourde et a envie de dormir. Le visage est quelquefois rouge et congestionné (Mme B... a d'ordinaire le teint pâle), avec sensation de chaleur à la face. Ces troubles sont dissipés rapidement en dix minutes. Fringales nocturnes.

Depuis sa dernière opération, datant de 5 ans, Mme B... est constipée et ne va à la selle que par laxatifs. Elle prend peu de lavements, qui lui donnent des coliques.

Hémorroïdes externes. Crises hémorroïdaires en rapport avec la constipation.

Dentition. Plusieurs molaires extraites.

— Deux racines de P. M. inférieures non douloureuses.

Les règles sont fréquentes, habituellement en avance de quatre à huit jours. Elles sont abondantes, durent cinq jours et s'accompagnent de quelques douleurs au niveau de la région lombaire.

Quelques pertes blanches.

Mme B... est d'un tempérament nerveux : elle se met facilement en colère et devient alors très rouge.

Érythrose psychique importante. Sous l'influence d'une émotion, Mme B... a des bouffées de chaleur au visage et du larmoiement. La joue gauche présente, au moment de l'interrogatoire, à l'appréciation de la main, une température légèrement supérieure à celle du côté droit, et une rougeur plus accusée.

Réflexes normaux.

Les point sus et sous-orbitaires, sous-maxillaires, occipitaux sont plus douloureux à la pression du côté gauche, surtout le point sus-orbitaire.

Mme B... a un très léger degré de séborrhée faciale. Elle présente fréquemment des poussées eczématiques du visage, dont l'une siège actuellement au côté droit de la face.

Mme B... avait autrefois une chevelure abondante, châtain clair, fine et soyeuse, descendant au voisinage de la taille. Depuis l'adolescence il y eut une dépilation importante, à peu près compensée jusqu'à il y a un an par la repousse.

Après le premier accouchement (à 22 ans), les cheveux sont tombés davantage. La chute est plus importante pendant les mois d'été, principalement juillet, que pendant l'hiver. La chute a été aussi plus importante après les deux opérations, mais a été suivie d'une repousse égale.

Depuis un an, il y a des démangeaisons fréquentes, à tout instant de la journée, nécessitant des grattages modérés. Le prurit réveille quelquefois Mme B...

Dermalgie très marquée. Le cuir chevelu est douloureux dès le réveil. Il est très sensible à la pression et même au simple contact. Le poids des peignes est pénible ; quant au chapeau, Mme B... ne peut pas le supporter, et elle est obligée de sortir habituellement nu-tête.

Le cuir chevelu est gras ; pas d'hyperidrose.

Pityriasis stéatoïde très développé ; squames larges, adhérentes, placards jaunâtres et ambrés de coagulums séreux, surtout dans la région de la nuque.

Le cuir chevelu est, dans son ensemble, épais, empâté et inélastique, particulièrement dans la région médio-céphalique. En quelques régions, à la nuque, il est mou et hypotendu.

La pression jointe au plissement y détermine une vive rougeur (érythrose passive).

La canitie s'est manifestée de façon diffuse depuis la dernière

opération (il y a 5 ans). Elle est localisée presque exclusivement à la région antérieure du cuir chevelu : sinciput et parties latérales. Il y a au voisinage de la ligne médiane une mèche particulièrement blanche.

La dépilation est plus importante depuis un an. Les cheveux tombent tous les jours par centaines (0 gr. 65 le 8 janvier). La chevelure a diminué de moitié en longueur et en épaisseur (les cheveux n'atteignent plus aujourd'hui que le milieu du dos). Avec les cheveux tombés pendant l'été dernier, Mme B... a pu faire faire une natte qu'elle porte de temps à autre.

Au niveau des tempes et surtout à la nuque, il y a un nombre important de cheveux jeunes et fins.

Tous les mois et autrefois plus rarement, Mme B... faisait un lavage de tête à l'eau et au savon, puis elle employa le bois de Panama. Elle lubrifiait ensuite ses cheveux à la vaseline. L'eau sédative a été trouvée irritante.

Il y a six mois, elle consulta à Saint-Louis le Dr Sabouraud, qui prescrivit du glycérolé cadique.

Elle en fit six applications (une par mois environ), et, à la suite de la dernière application, faite depuis un mois, il y a eu une éruption eczématique, vésiculeuse, d'abord dans la tête, puis dans le cou. Cette éruption est très prurítique, et le tégument est à la nuque légèrement enflammé.

Depuis un mois, Mme B... fait un lavage hebdomadaire au bois de Panama.

Traitement. — 1° Bradyphagie.

2° Suppression du traitement cadique.

Continuation des lavages hebdomadaires (eau et savon de Marseille).

Le 15 janvier 1910. — Malgré une mastication soigneuse,

Mme B... n'a mis que vingt minutes à prendre ses repas. Bien que n'étant pas polyphage, elle a cependant mangé un peu moins.

Elle est après les repas moins rouge et moins marbrée, et beaucoup plus à l'aise.

Mme B... vient d'avoir ses règles. Quelques jours auparavant, céphalées intermittentes surtout du côté droit.

Atténuation de l'éruption cadique de la nuque, puis réapparition au moment de la période prémenstruelle. (Maximum à droite.) On note, à droite, un ganglion occipital un peu volumineux (grosseur d'un pois).

Le prurit est très accentué, surtout à la nuque.

Le cuir chevelu est un peu moins gras.

Traitement. — Application à la nuque de la pommade :

Huile d'olives.	40 grammes.
Oxyde de zinc	60 —

Mme B... s'efforcera de manger autant qu'auparavant, afin de combattre le rationnement produit par la bradyphagie.

Augmentation de la durée du repas.

22 janvier 1910. — Mme B... a mangé autant qu'auparavant, en vingt à vingt-cinq minutes.

Diminution graduelle de l'érythrose post-prandiale.

Disparition de la narcolepsie, des fringales.

La constipation est moins forte (les laxatifs autrefois quotidiens ne sont nécessaires que tous les deux jours).

Les règles sont terminées. Disparition des céphalées.

Le prurit du cuir chevelu, surtout important le matin avant la toilette, est en diminution légère. Dépilation un peu moindre.

29 janvier 1910. — Le repas est fait en vingt minutes, mais avec une bonne mastication.

Sans aucun laxatif, Mme B... a eu des selles quotidiennes.

Atténuation marquée de l'éruption cadique.

Furoncle à la nuque, au voisinage du ganglion occipital en voie de régression.

Démangeaisons moins importantes. Moins de grattages.

Pityriasis de tête aussi important, peut-être plus qu'auparavant.

Dépilation stationnaire, approximativement 200 à 300 cheveux par jour. Les cheveux qui tombent sont courts et fins.

Nombreux cheveux fins et courts en repousse.

Poussée légère d'eczéma séborrhéique facial au niveau des tempes.

Traitement. — Le lavage hebdomadaire au savon sera remplacé par un lavage au bois de Panama, qui, au dire de Mme B..., dégraisse et nettoie mieux la tête.

5 février 1910. — Le lavage a été fait avec une décoction de bois de Panama.

Les cheveux sont mieux dégraissés, plus secs, et s'agglutinent moins qu'avec le savon.

Bon état digestif. Constipation pendant deux jours, qui a cédé à l'emploi de pilules laxatives.

Les cheveux tombent un peu moins pendant les deux ou trois jours qui suivent le lavage, puis la dépilation est aussi importante que précédemment. La numération a donné pour un jour 340 cheveux (en poids 0 gr. 21). Ce sont surtout des cheveux fins et courts, à bulbe plein et grêle.

Effacement de l'éruption cadique de la nuque.

Disparition de l'eczéma facial.

Samedi 12 février 1910. — Très bon état digestif. Pas de constipation. Imminence des règles, attendues dans deux ou trois jours.

La veille, déjeuner tachyphagique en cinq minutes. Réapparition de l'érythrose post-prandiale pendant une demi-heure.

Disparition du prurit pendant toute la semaine. « Jamais les « démangeaisons et les poussées d'eczéma n'étaient restées si « longtemps sans reparaître au cuir chevelu. »

La veille au matin, crise pruritique à la nuque, et dans la même journée éruption eczématique légère à la nuque. Rien au cuir chevelu.

Samedi 19 février 1910. — Les règles apparues il y a cinq jours, n'ont duré que trois jours (du 13 au 16), au lieu de cinq habituellement. Poussée d'érythrose le jour de leur terminaison.

Hier, douleur assez vive à la pression et sous l'influence des mouvements dans la cuisse et dans la fosse iliaque gauches.

Quelques pertes blanches après les règles.

Pas de constipation.

Pas de démangeaisons pendant toute la semaine.

Depuis deux jours, immédiatement après la période des règles, éruption papulo-vésiculeuse, en partie excoriée, aux deux tempes et au voisinage de l'oreille gauche, donnant à Mme B... une sensation de brûlure, sans prurit.

Samedi 26 février 1910. — Le repas, frugal (un plat de viande et légumes), ne dure toujours que vingt minutes, bien que Mme B... fasse tous ses efforts pour en prolonger la durée par une mastication soignée.

Il n'y a pas eu de prurit.

Disparition de l'eczéma facial, puis éruption nouvelle mais légère au niveau de la nuque. « Les poussées eczématiques sont moins importantes, moins étendues et plus fugaces qu'autrefois. »

Les pellicules sont moins abondantes au niveau du sommet. Elles sont plus fines, farineuses.

Le cuir chevelu est plus sec.

La dépilation varie peu.

Traitement. — Médication psychothérapique (3 gouttes de teinture de Thuya occidentalis avant le repas de midi et du soir).

Samedi 5 mars 1910. — Nouvelle période de règles, quinze jours seulement après la précédente. Les douleurs au niveau des reins ont été plus fortes que d'habitude, et Mme B... a été obligée de s'aliter.

La durée du repas a été portée à vingt-cinq minutes, mais avec une pause de cinq minutes au milieu du repas.

Il y a six jours (lundi 28 février), la veille du lavage, crise de prurit, et le lendemain, jour du lavage, éruption de petits boutons disséminés dans le cuir chevelu. Après une application de pommade à l'oxyde de zinc, l'éruption s'est calmée, et depuis il n'y a plus ni boutons ni démangeaisons.

Les pellicules sont en diminution au sommet de la tête et à la nuque.

Le cuir chevelu est encore sensible à la pression et au simple écartement des cheveux, mais *beaucoup moins qu'auparavant*.

La dépilation est aussi importante le jour du lavage, mais après le lavage les cheveux tombent beaucoup moins. Ils ne se laissent plus arracher à la simple traction, comme autrefois.

Dépilation du 5 mars : 0 gr. 20.

Le samedi 12 mars 1910. — Les règles sont terminées depuis quatre jours.

Bon état digestif.

L'amélioration du cuir chevelu s'accentue.

Le dernier lavage a été fait le mercredi 9 mars. Presque toute

la semaine l'état du cuir chevelu a été satisfaisant. Pas de prurit. La dermalgie est beaucoup moindre. Les peignes qui ne pouvaient être tolérés, sont bien supportés pendant toute la journée.

Moins de pellicules. Le cuir chevelu est un peu moins sec qu'au dernier examen.

La dépilation a été moins forte le jour du lavage.

Dépilation du 12 mars : 0 gr. 20.

Nombreux cheveux fins de repousse. La chevelure de Mme B... épaissit.

Depuis deux jours, prurit léger, suivi ce matin d'une éruption eczématique à la région occipitale et à la nuque. Il y a à ce niveau une large zone couverte d'éléments à contenu séreux et de coloration ambrée, et particulièrement pruritique.

Traitement. — Suppression du café au repas de midi. Application de la pâte de zinc sur l'éruption.

Samedi 19 mars 1910. — L'éruption eczématique signalée à sa dernière visite par Mme B... a disparu le jour même.

Le café a été supprimé à midi ; repas en vingt-cinq minutes à une demi-heure.

Un peu de constipation.

Depuis deux jours, prurit léger, mais plus fort que la semaine précédente.

Dépilation du 19 mars : 0 gr. 25.

9 avril 1910. — Du 19 au 26 mars, bon état général et local.

Le samedi 27 mars et jours suivants (fêtes de Pâques) ennuis, colères et larmes. Mme B... n'a presque pas mangé pendant trois jours.

Période précataméniale. Les règles étaient attendues pour la semaine suivante (3 avril).

Augmentation des démangeaisons qui ont été quotidiennes et plus fortes.

Rougeurs et éruption d'eczéma séborrhéique envahissant aussi la figure.

Ces démangeaisons et ces rougeurs, habituelles au moment des règles, ont été cette fois plus importantes.

Augmentation des pellicules et augmentation légère de la dépilation.

Les cheveux paraissent devenir plus secs, plus cassants et moins soyeux.

Traitement. — Contre la sécheresse du cuir chevelu : Application d'huile antique tous les deux jours.

Samedi 16 avril 1910. — L'application d'huile antique avec friction légère a été faite tous les deux jours.

Coryza et toux depuis quatre à cinq jours.

Éruption eczématique discrète sur les parties latérales du cuir chevelu.

Les démangeaisons, encore quotidiennes et matutinales, ont été moins fortes que la semaine précédente.

Jeudi 21 avril 1910. — Le coryza et la toux sont en voie de guérison.

Depuis un mois, les ennuis et les accès de colère continuent. Mme B... mange peu et a maigri.

Examen dentaire : Une racine sensible du côté gauche.

Rougeurs eczématiques à la nuque la veille du lavage.

Les éléments d'eczéma séborrhéique, qui apparaissent peu avant le lavage, disparaissent avec lui et sont remplacés par des pellicules abondantes. Ces pellicules au lieu d'être grasses et crasseuses comme au début, sont fines et poussiéreuses.

La sensibilité du cuir chevelu a presque complètement disparu.

Les démangeaisons sont très diminuées.

La repousse de cheveux jeunes et courts est de plus en plus constatable.

Samedi 30 avril 1910. — Les règles sont attendues pour le 3 mai.

Névralgies dentaires alternantes à gauche et à droite.

Depuis trois jours, poussée rhumatismale cervicale droite, avec eczéma papuleux, très prurilique, systématisé à la nuque, avec maximum à droite.

Depuis quinze jours, *augmentation des pertes blanches.*

Les démangeaisons sont en augmentation légère; après le lavage, Mme B... est quelques jours sans en avoir, puis elles apparaissent jusqu'à ce qu'un nouveau lavage les fasse disparaître.

La dépilation est stationnaire.

Traitement. — Cryogénine, 0 gr. 50 pour un cachet n° 4; injections vaginales d'eau salée.

7 mai 1910. — Les douleurs névralgiques de la nuque sont diminuées. Les douleurs alternantes au niveau des gencives inférieures droite et gauche persistent. Examen dentaire :

(Arthrite de la première molaire inférieure droite avec poussée récente. Même lésion à gauche de la dent symétrique.)

Diminution de l'éruption eczématique de la nuque.

Persistance du prurit.

La dépilation a peu varié.

21 mai 1910. — Deux racines de première molaire inférieure droite et gauche ont été extraites.

La 2e P. M. inférieure gauche, atteinte de carie non pénétrante, a été obturée.

La durée du repas ne dépasse pas vingt-cinq minutes, avec une mastication attentive et soignée.

La constipation a reparu depuis quinze jours et Mme B .. a été obligée de reprendre des pilules laxatives.

Les douleurs névralgiques de la nuque ont disparu.

L'éruption eczématique de la nuque effacée pendant deux jours, a reparu depuis deux jours.

Démangeaisons aussi fréquentes, mais peu fortes.

Pellicules moins abondantes à la région antérieure, aussi abondantes à la région postérieure du cuir chevelu.

Traitement. — Régime végétarien exclusif.

Un verre de boisson au repas (eau rougie).

Jeudi 2 juin 1910. — Règles, du 27 au 31 mai, moins abondantes que d'habitude, mais non douloureuses.

Température extérieure très chaude.

Surmenage physique (Mme B... fait quotidiennement un ménage pendant deux heures avec lavage de linge). Fatigue. Un peu d'amaigrissement.

Quelques jours avant la période des règles, ingestion de sardines et de fraises. Depuis huit jours, à la suite de l'écart alimentaire, douleurs stomacales pendant et surtout après le déjeûner (gêne, pesanteur, sensation de boule, de poids, au niveau du creux épigastrique, durant jusqu'à 3 h. 1/2, 4 heures). A ce moment, sensation de faim et de brûlure, apaisée par l'ingestion des aliments. Bâillements et besoin d'éructations.

Pas de constipation.

D'elle-même, Mme B... a pris du lait au repas au lieu de sa boisson habituelle.

Diminution du prurit du cuir chevelu et de l'hyperesthésie au contact, à la pression et au poids des peignes et des épingles.

Depuis les troubles digestifs, il y a davantage de démangeaisons au niveau de la plaque de névrodermite de la nuque qui,

bien qu'atténuée par rapport au début, présente un paroxysme récent de prurit. Le prurit s'étend jusque dans la région supérieure du dos.

Pityriasis moins abondant, mais encore perceptible dès le lendemain du lavage.

Le cuir chevelu et les cheveux sont de plus en plus secs.

Traitement. — Continuation du régime végétarien, en évitant les aliments irritants : poissons, fraises, etc...

Mardi 7 juin. — Deuxième semaine de régime végétarien.

Légère amélioration digestive. Encore de la lourdeur et de la pesanteur pendant trois à quatre heures après le repas, et à ce moment fringales. Très peu d'appétit au moment des repas.

Plaque de névrodermite en voie de disparition. Cette plaque a diminué de hauteur à la partie supérieure du dos.

Pellicules et dépilation un peu moindres.

Au lendemain du lavage, la tête est un peu plus grasse que d'habitude.

Augmentation de la canitie.

Traitement. — Suppression d'un demi-verre d'eau rougie au repas; à 4 heures et à 9 heures, un verre d'eau de Pougues ou d'infusion de camomille romaine.

Jeudi 16 juin 1910. — Pendant dix jours, Mme B... a bu presque uniquement entre les repas et les troubles digestifs ont disparu; depuis, elle boit de nouveau pendant les repas un verre d'eau de Pougues. Elle mange avec plus d'appétit.

Douleurs il y a trois ou quatre jours dans les hanches et la région fessière avec maximum à gauche ; et douleurs névralgiques dans la main droite. (Des douleurs analogues avaient déjà été constatées il y a deux ou trois ans.)

Quelques jours avant le lavage, apparition de quelques vési-

cules eczématiques et de quelques démangeaisons (cette semaine un peu plus fortes), qui disparaissent avec lui. Le cuir chevelu devient alors légèrement sensible.

La dépilation est importante (580 cheveux le jour du lavage) ; les cheveux paraissent un peu moins fournis au sinciput.

Jeudi 23 juin. — Régime végétarien depuis un mois.

Persistance des névralgies dans la hanche avec la même intensité, accrues par le port du corset et la station debout.

Nouvelle éruption eczématique faible avant le lavage avec quelques démangeaisons. Ces démangeaisons apparaissent plusieurs jours (5 ou 6) après le lavage, alors qu'autrefois elles apparaissaient deux jours après. Elles sont moins fortes et durent moins longtemps.

Les pellicules sont plus rares, plus sèches et se détachent plus facilement.

L'hyperesthésie très atténuée, se révèle encore à la pression du cuir chevelu et à la traction des cheveux.

Traitement. — Massage du cuir chevelu.

Vendredi 24 juin. — On fait désormais tous les jours un massage du cuir chevelu d'un quart d'heure environ. La réaction du cuir chevelu est assez lente à se produire ; après dix minutes seulement, la tête devient plus chaude. L'élévation thermique est d'1°2 (1).

Sensibilité légère du cuir chevelu pendant le massage.

A la fin du massage il y a une sensation de chaleur qui disparaît presque aussitôt (de 5 à 10 minutes après) et une sensation de bien-être plus durable. Après le massage, Mme B... se trouve mieux ; elle n'a plus de démangeaisons.

1. La courbe de massage relative à cette observation a été publiée page 137.

La dépilation n'en paraît que très légèrement augmentée.

Continuation du massage.

Lundi 27 juin. — A la veille du lavage les règles étant imminentes il n'y a pas eu d'éruption et de prurit comme autrefois à l'approche de la période menstruelle et même simplement par suite du besoin de lavage. Seulement une sensibilité légère du cuir chevelu, beaucoup moindre qu'autrefois, lors d'une semblable coïncidence.

Il y a deux jours, céphalée et étourdissement.

La douleur coxale qui avait momentanément disparu a reparu mais plus faible qu'auparavant.

Mercredi 29 juin. — Jeudi 30 juin. — Période des règles : Quelques douleurs d'estomac depuis quatre jours, apaisées par l'ingestion d'un verre d'eau de Pougues au repas.

Plaque d'eczéma séborrhéïque au niveau de la tête du sourcil gauche, avec de vives démangeaisons, mais RIEN AU CUIR CHEVELU. (C'est la première fois qu'il n'y a pas d'éruption coïncidant avec la période des règles.)

Mme B..., toujours au régime végétarien se plaint d'être un peu affaiblie.

Continuation du régime végétarien.

Mercredi 6 juillet. — Les règles sont terminées. Dyspepsie après le petit déjeuner composé de café, pain et beurre. Mme B... prend depuis huit jours de l'eau de Pougues à la dose d'un verre après le repas ; les digestions sont plus faciles.

Le cuir chevelu rougit et s'échauffe plus rapidement sous l'influence du massage. Après le massage, la sensation de chaleur et de bien-être dure environ dix minutes.

Il n'y a plus de sensibilité pendant le massage et moins d'hyperesthésie en général. Mme B... qui ne pouvait dénouer ses

cheveux sans douleur, les dénoue très facilement sans aucun mal.

Les pellicules sont en diminution notable. Il n'y en a plus du tout le lendemain du lavage.

Deux jours avant le lavage et après deux jours sans massage, éruption eczématique discrète dans le cuir chevelu, évanouie le lendemain.

Les démangeaisons, qui ont précédé le lavage, ont été beaucoup moins fortes qu'autrefois. « Il n'y a pas de comparaison », dit Mme B..., « entre l'état actuel et l'état ancien ».

12 juillet 1910. — Constipation, ayant nécessité l'emploi de lavements.

Deux jours avant le lavage, éruption eczématique à la face (front et sourcils) et à la nuque, avec démangeaisons.

15 juillet 1910. — Depuis deux jours, maux de tête et douleurs le long de la colonne vertébrale.

Constipation. Fièvre légère. Pouls à 80.

Le massage du cuir chevelu est fait très doucement.

Le régime alimentaire sera sévère.

18 juillet 1910. — Mme B... a mangé de la viande pendant les fêtes (14 juillet).

La douleur coccygienne persiste.

Il n'y a plus de constipation.

Mme B... est moins surmenée et se sent mieux.

La veille du lavage, éruption de vésicules eczématiques, disséminées dans le cuir chevelu, avec des démangeaisons beaucoup plus faibles que d'habitude.

Jeudi 21 juillet 1910. — Le régime végétarien est de nouveau bien suivi.

La douleur coccygienne persiste. Mme B... ressent aussi fréquemment une douleur dans la fosse iliaque gauche.

Examen de l'abdomen : vive sensibilité au niveau de l'estomac, douloureux à la pression. Sensibilité de l'appendice et *des annexes* du côté droit.

Varicosités des membres inférieurs, plus marquées au niveau de la jambe gauche. Légère limitation des mouvements de la cuisse droite.

Sensibilité du cuir chevelu toujours en diminution.

Dépilation un peu augmentée.

Mardi 26 juillet 1910. — Règles depuis deux jours.

Depuis l'apparition des règles, les douleurs de la fesse gauche et de la cuisse diminuent.

Troubles dyspeptiques : vive sensibilité au niveau de l'estomac, sensation de poids. Constipation légère.

Ennuis à cause du retour des éruptions eczématiques à la figure. Crise de larmes.

Deux jours avant le lavage d'aujourd'hui, éruption papulo-vésiculeuse du cuir chevelu, terminée par une phase squameuse aussi forte qu'il y a cinq ou six mois, mais avec des démangeaisons moindres.

La sensibilité du cuir chevelu, disparue au début du massage, est revenue très vive. Comme autrefois, Mme B... ne peut plus conserver ses peignes.

Eczématisation au menton et à la nuque, avec sensation de brûlure.

Jeudi 28 juillet. — Sur notre conseil, Mme B... va consulter le Dr Le Noir, qui constate de l'hyperesthésie gastrique, de la sensibilité à la pression des deux ovaires, surtout de l'ovaire droit, de la sensibilité du col utérin au simple contact et conclut à une *dyspepsie nerveuse d'origine génitale.*

Après l'examen génital, réapparition des règles qui avaient été peu abondantes.

Quelques pertes blanches.

Augmentation légère de la dépilation.

Traitement. — Repos.

Injections chaudes.

Lundi 1er août. — Veille du lavage.

Deux jours avant le lavage, éruption légère au cuir chevelu, beaucoup plus importante à la face, où on appliquera une pommade à base d'oxyde de zinc.

Les cheveux sont plus lisses, plus soyeux, plus colorés, et ont un reflet plus brillant qu'avant le massage.

Lundi 5 août 1910. — Constipation pendant presque toute la semaine.

Persistance de la douleur dans l'hypogastre et surtout dans la fosse iliaque droite. La station debout est pénible.

Trois jours avant le lavage éruption eczématique légère et fugace.

Quelques démangeaisons à la nuque.

Résultats d'ensemble après un mois et demi de massage (malgré des troubles génitaux et gastro intestinaux). — Diminution du prurit.

Disparition presque complète de la dermalgie (la crise récente a été passagère).

Diminution importante du pityriasis, ramené à un degré presque normal.

La dépilation a peu varié. La chevelure ne s'éclaircit plus dans la région du sommet. Les cheveux sont plus soyeux et « se tiennent mieux ». Il y a de nombreux cheveux jeunes et courts en repousse.

Samedi 24 septembre 1910. — Mme B... a abandonné depuis deux mois le travail qu'elle faisait au dehors (ménages). Elle est moins fatiguée, mange avec plus d'appétit. La constipation a presque totalement disparu. Mme B..., n'est obligée de recourir qu'une ou deux fois par semaine à un lavement d'eau salée.

Tous les jours, Mme B... a pris aussi une injection d'eau salée chaude. Il y a encore beaucoup de pertes blanches, surtout après les règles. Nulle douleur abdominale, mais Mme B... souffre toujours au niveau de la hanche et de la fesse gauche. La douleur du coccyx a disparu depuis un mois.

Les règles sont toujours en avance de quatre ou cinq jours et un peu moins abondantes.

Il persiste une gêne stomacale, avec sensation de serrement et de striction à la partie inférieure de l'œsophage, aussi bien avant qu'après le repas.

Le massage n'a pas été fait pendant les vacances.

Après la cessation du massage, il y a eu des démangeaisons pendant une semaine, puis, le lendemain du lavage suivant, après une application d'huile antique, une éruption eczématique importante, disséminée dans le cuir chevelu. Depuis, il n'y en a pas eu de nouvelle.

Les démangeaisons sont quotidiennes, légères, comme un fourmillement. Le grattage les exagère.

Les pellicules sont fines, poudreuses.

Le cuir chevelu est de nouveau sensible. Le simple écartement des cheveux est douloureux.

La dépilation a augmenté pendant les vacances. Mme B... un jour de lavage a compté *1.020* cheveux.

La chevelure a un peu diminué. Les cheveux sont moins longs

et moins fournis. Mme B... redoute les lavages qui font tomber beaucoup de cheveux, et elle n'a pas fait le dernier.

Afin de juger de leur influence sur la marche de la dépilation, Mme B... suspendra temporairement les lavages hebdomadaires.

Mercredi 28 septembre 1910. — Constipation pendant un jour ayant nécessité un lavement. A la suite du lavement, réapparition de la douleur du flanc gauche.

La gêne stomacale est moindre. Elle est maximum quand Mme B... a faim.

Les douleurs irradiées dans la fesse persistent avec leurs caractères habituels.

Depuis quinze jours, il n'y a pas eu de lavage de tête.

A la fin de la première semaine, Mme B... eut la sensation d'un besoin de lavage. Cette sensation ne s'est pas reproduite cette semaine.

Les pellicules sont en grande diminution par rapport au début du traitement. Fines et poussiéreuses elles n'existent que par places, et il y a des zones entièrement nettes. Mme B... n'aurait jamais pu autrefois, à cause de l'abondance des pellicules, rester quinze jours sans faire de lavage.

Les démangeaisons sont en *statu quo*. Elles existent au sommet et surtout à la partie postérieure de la tête, là où il y a des pellicules en plus grande abondance. A la nuque également, eczématisation légère et passagère, les vésicules séchant très rapidement.

Dermalgie stationnaire.

La dépilation revêt un rythme plus régulier. Le taux moyen, hebdomadaire est sensiblement égal à celui observé précédemment.

Les lavages restent suspendus.

Mercredi 5 octobre 1910. — Pas de constipation. Les digestions deviennent plus faciles. La sensation de gêne à la gorge diminue, ne se fait plus sentir la nuit et ne subsiste qu'avant et après le repas.

Autant de pertes blanches. Mêmes douleurs à la fesse.

Les démangeaisons augmentent principalement le soir à partir de 5 heures jusqu'au coucher, sans éveiller beaucoup le besoin de grattage.

La sensibilité, plus marquée, est aussi importante que les autres semaines pendant les jours qui précèdent le lavage. Mme B... est obligée de retirer ses épingles et ses peignes.

La dermalgie a été plus considérable avant-hier après le port prolongé et inaccoutumé d'un chapeau.

Squames grasses et impétigoïdes à côté de pellicules fines et poussiéreuses.

A la traction les cheveux viennent facilement et en assez grande abondance.

Pas de lavages pendant huit jours encore.

13 octobre 1910. — Mme B .. a ses règles depuis deux jours.

Les pertes blanches sont en moins grande abondance.

La sensation de gêne stomacale persiste (dyspepsie nerveuse, d'origine génitale).

Tous les jours, il y a une sensibilité plus marquée du cuir chevelu et, à partir de 3 ou 4 heures, Mme B... a de la dermalgie.

Pas de prurit.

20 octobre 1910. — Mme B... prend maintenant ses repas en une demi-heure. Elle ne mange de la viande qu'une fois par jour, au repas de midi et boit un verre d'eau rougie par repas. Dans l'ensemble, les digestions seraient meilleures depuis un

mois. La sensation de gêne gastrique persiste, mais avec une moindre intensité.

Depuis les dernières règles, il n'y a pas eu de pertes blanches.

Les douleurs de la région fessière gauche se manifestent principalement après la marche ou le surmenage.

Depuis un mois et quelques jours, Mme B... n'a fait *aucun lavage* du cuir chevelu.

Tous les après-midi jusqu'au soir, le cuir chevelu est douloureux et hyperesthésié. Mme B... a spécialement de la trichalgie. Elle ne peut conserver ni épingles, ni peignes, et est obligée de porter ses cheveux dénoués et flottants.

Prurit très léger.

La dermalgie existe aussi la nuit, quand la tête repose depuis longtemps du même côté sur l'oreiller.

Pas d'éruption papulo-vésiculeuse nouvelle.

Placards pityriasiques secs assez abondants.

Effet de la suppression des lavages pendant un mois et quelques jours. — Cette suppression des lavages, sans aucune autre application chimique externe, a été assez bien tolérée.

Le prurit n'a que peu augmenté, mais la dermalgie est devenue beaucoup plus considérable et aussi forte qu'elle était au début du traitement.

Le pityriasis est un peu plus considérable. Les éruptions eczématiques ont été rares. Il n'y en a eu qu'une de peu d'importance au début de cette période.

La dépilation a suivi un rythme plus uniforme, mais progressivement croissant.

Dépilation hebdomadaire avant la suppression des lavages.
(un lavage par semaine).

Du 15 au 21 août . . . . . 1 gr. 95
Du 22 au 28 août . . . . . 2 gr. 82
Du 29 août au 4 septembre. . . 2 gr. 04
Du 5 au 11 septembre . . . . 2 gr. 14
Du 12 au 18 septembre . . . . . 2 gr. 06
Soit en moyenne par semaine: *2 gr. 20.*

Dépilation hebdomadaire pendant la période de suppression des lavages:

Du 19 au 26 septembre . . . . 2 gr. 17
Du 26 septembre au 2 octobre. . 2 gr. 66
Du 3 au 9 octobre. . . . . 2 gr. 62
Du 10 au 16 octobre . . . . . 2 gr. 98
Soit en moyenne par semaine: *2 gr. 60.*

Mais la dépilation de la semaine où les lavages ont été repris a été beaucoup plus forte :

Du 17 au 23 octobre (1 lavage) : **3 gr. 95**, et par le seul lavage du 20 octobre : **0 gr. 94.**

Traitement. — 1° Continuation du régime alimentaire.

2° *a*) Reprise des lavages de tête hebdomadaire au bois de Panama.

b) Application 3 fois par semaine de la pommade :

Huile de cade
Lainine } ââ 10 grammes.
Vaseline

Nettoyage le lendemain avec une boulette d'ouate hydrophile imbibée de :

Alcool à 90°
Ether officinal } ââ 40 grammes.
Eau distillée
(R. Sabouraud).

Vendredi 27 octobre 1910. — Même gêne gastrique.

Ni constipation, ni pertes blanches.

La douleur de la fesse a disparu.

Lavage de tête il y a sept jours.

Éruption papulo-folliculaire à la nuque.

La dermalgie a disparu, sauf à la nuque où elle est en diminution. Le port inaccoutumé d'un chapeau n'a pas provoqué de dermalgie. Mme B... peut rester coiffée toute la journée, alors que récemment encore elle ne pouvait le faire.

Les cheveux sont tombés beaucoup le jour du lavage, fait plus d'un mois après le précédent. Ils tombent abondamment le jour de la friction alcoolique, et en général beaucoup moins le lendemain (Cf. tableau).

Continuation du traitement cadique.

Jeudi 3 novembre. — Même état digestif. Peu d'appétit.

Ni prurit ni dermalgie.

Le lavage de tête a été fait il y a six jours.

L'éruption eczématique de la nuque a disparu après application de pommade à l'oxyde de zinc. Il n'y en a pas eu de nouvelle au cuir chevelu, mais depuis hier, il y a à la figure une éruption eczématique, avec prurit. (Il n'y avait rien eu de semblable à la figure depuis un mois.)

Le rythme de la dépilation est le même (maximum tous les deux jours).

Le traitement cadique est suspendu.

Jeudi 17 novembre 1910. — Du 10 au 14 novembre, période de règles.

Sensation de gêne à la poitrine, plus forte quand Mme B... a faim.

Il n'y a eu aucun lavage de tête depuis quinze jours, parce que Mme B... n'en a pas senti la nécessité.

L'éruption eczématique, signalée lors du dernier examen, a disparu lentement ; depuis trois jours, nouvelle éruption importante principalement à la figure et un peu au cuir chevelu

La dépilation a repris un rythme plus régulier.

Pas de prurit. Sensibilité très légère depuis deux ou trois jours. (Mme B... peut cependant garder ses cheveux coiffés toute la journée.)

Pellicules en nombre un peu plus considérable.

Nouveau traitement	Polysulfure de potassium . . .	5 gr.
	Teinture de benjoin	10 gr.
	Eau distillée	250 gr.

Les lavages de tête hebdomadaires sont repris.

Vendredi 2 décembre. — Bon état digestif.

Nouvelle période de règles, quinze jours seulement après les précédentes. Les règles n'ont pas été douloureuses. Les douleurs abdomino-pelviennes et la gêne gastrique ont disparu.

Traitement depuis quinze jours par le polysulfure de potassium en lotion. Cette lotion malodorante rend les cheveux secs, gris et sales, mais les tient raides, ce qui serait avantageux pour la coiffure.

Pas de dermalgie.

Pas d'éruption eczématique. Depuis le matin, rougeur légère à la figure, précédant habituellement l'eczématisation.

Moins de pellicules.

Le lavage de tête a été fait dix jours après le précédent, Mme B... n'en ayant pas, comme auparavant, senti plus tôt la nécessité.

Le traitement au polysulfure de potassium est suspendu.

12 décembre 1910. — Période de constipation. Depuis huit jours, Mme B.. a été obligée de prendre tous les jours un lavement.

Pas de lavage de tête depuis quinze jours.

Les cheveux ont repris leur brillant et sont même un peu gras.

Quelques squames jaunâtres, disséminées, de pityriasis stéatoïde.

Peu de pellicules.

La tête est un peu sensible et il y a un léger prurit. Mme B... éprouve le besoin d'un lavage de tête.

Éruption eczématique à la nuque.

La dépilation est moins forte qu'en septembre-octobre, mais encore considérable (plus de 200 cheveux par jour). Les cheveux, bien que peu longs, sont abondants, plus fournis et plus épais qu'au début du traitement.

Traitement. — *Mobilisation* passive du cuir chevelu. Mme B... n'a pas pu réaliser la mobilisation active.

Le mercredi 21 décembre 1910. — La constipation persiste ; les selles ne sont obtenues que par lavements, depuis trois semaines.

La sensation nerveuse de striction à la gorge a reparu, particulièrement quand Mme B... a faim.

Six jours après le dernier lavage, éruption eczématique au niveau du cuir chevelu, principalement à la nuque.

Augmentation parallèle de la dermalgie et de la dépilation.

Le jour de l'éruption Mme B... a eu pour la première fois une *crise thermique*, avec sensation très nette de chaleur à la tête.

La mobilisation passive faite le soir pendant cinq minutes amenait un soulagement à cette sensibilité douloureuse.

L'épaississement et l'augmentation de la chevelure s'accentuent.

Traitement : Gymnastique musculaire, respiratoire et abdominale.

Mobilisation plus longue et avec plus de soin.

Lundi 26 décembre 1910. — Constipation et lavements tous les jours ou tous les deux jours.

Prurit important le matin avant la toilette et dans la journée.

Pas de dermalgie.

Les pellicules sont surtout furfureuses, minces et larges (3e catégorie de Sabouraud).

Quand le cuir chevelu a été bien mobilisé, Mme B... a une sensation de bien-être. Elle a la tête plus libre et plus dégagée.

Dépilation moindre.

Traitement :

En plus de la mobilisation, application de la lotion :

Acide salicylique. . . .	} ââ	1 gr.
Résorcine.		
Acool à 60°.		150 — (Sabouraud).

Le 9 janvier 1911. — Les dernières règles ont eu lieu à la fin du mois précédent.

La constipation diminue (Mme B... n'est obligée de prendre un lavement que tous les deux ou trois jours).

La gêne gastrique désagréable a disparu.

Coryza depuis trois jours.

L'application de la lotion cause une sensation de brûlure, qui persiste pendant quelques minutes. Elle dessèche un peu les cheveux.

L'eudermie produite par une mobilisation faite activement continue.

Pas d'éruption eczématique. Ni prurit, ni dermalgie.

La dépilation est en diminution importante.

Jeudi 2 février 1911. — Mme B... s'est un peu écartée de son régime, mangeant de temps en temps de la viande le soir.

Constipation importante provoquant des céphalées. Ces céphalées s'accompagnent de crises thermiques du cuir chevelu perçues par la malade.

Dernière période de règles du 24 au 28 janvier. Pas de pertes blanches.

Depuis une quinzaine de jours retour de la douleur coccygienne et de la gêne œsophagienne.

Les traitements kinési-et chimio-thérapiques ont été continués.

Depuis près d'un mois, il n'y a pas eu d'éruption eczématique; depuis plus d'un mois, ni prurit, ni dermalgie. Le cuir chevelu n'est sensible qu'à une pression forte.

La dépilation est en forte diminution (183 à 240 cheveux en moyenne par jour du 9 au 12 janvier, ce qui pour Mme B... est relativement peu).

Pellicules également en diminution.

Mme B... a pu rester quinze jours sans faire de lavage, opération qu'elle trouve ennuyeuse, qui prend du temps, nécessite un long séchage auprès du feu, emmêle les cheveux, rend pénible l'accès du peigne et difficile la coiffure.

Mme B... a constaté depuis longtemps que la dermalgie était, ainsi que le prurit, maxima le soir à la fin du travail de la jour-

née : souvent autrefois, elle était obligée de faire une application d'eau simple qui la soulageait au moment même de l'application. Plus tard, elle employa l'huile antique dont l'effet était plus durable et se prolongeait pendant la journée même de l'emploi.

Les lotions fréquentes, appliquées le soir, sont, à son avis, d'un emploi agréable, nettoient le cuir chevelu, et la préservent de l'apparition de la dermalgie pour le lendemain.

Mme B... pense que la dermalgie reparaîtrait si elle restait plusieurs jours sans faire au cuir chexelu d'application humide : otion ou simplement eau pure.

Traitement. — Sur ces indications, afin d'expérimenter si ces résultats favorables sont dus au simple contact d'un corps liquide, la lotion est supprimée et sera remplacée par une application d'eau pure quand il y aura menace de prurit ou de dermalgie.

Mercredi 8 février 1911. — Constipation. Lavement quotidien.

Même sensation gastrique et même douleur coccygienne. La gymnastique respiratoire et abdominale est faite régulièrement, mais pendant un temps assez court : trois à cinq minutes. La mobilisation du cuir chevelu a été régulièrement continuée. Les lotions ont été supprimées. Mme B... a fait une seule fois une application d'eau simple et les autres jours, sans lotion, la sensibilité n'a pas été plus marquée. Elle n'existe plus à la pression forte, mais elle persiste à l'écartement des cheveux (trichalgie) et au plissement du cuir chevelu.

Mme B... a pu retarder de quinze jours son lavage de tête. Le cuir chevelu est sec. Peu de pellicules.

Aucune trace d'eczématisation.

La dépilation a encore diminué.

Les cheveux en repousse sont de plus en plus nombreux.

Mardi 22 février 1911. — Constipation persistante; un lavement presque quotidien a été nécessaire.

Les règles sont attendues le 24.

Erythrose vers 3-4 heures de l'après-midi. Quelques maux de tête. Froid des pieds.

Aucune lotion et aucune application liquide n'ont été employées. Le dernier lavage a eu lieu il y a trois jours.

Il y a huit jours, une semaine après le précédent lavage, éruption eczématique disséminée dans le cuir chevelu et en bordure de celui-ci, à la nuque, au front et à la face, avec sensation de brûlure et de prurit ; cette éruption est actuellement à la période de desquamation.

La dermalgie s'était un peu accrue, se manifestant le soir vers 5 à 6 heures. M^me^ B... était alors obligée de retirer ses peignes et ses épingles. La coiffure paraissait lourde. Le cuir chevelu est sensible aux différents contacts.

Depuis le dernier lavage, fait il y a trois jours (15 jours après le précédent), M^me^ B... se sent soulagée. Il ne persiste plus que du prurit et quelques squames-croûtes.

Traitement kinésithérapique du froid des pieds.

16 mars 1911. — Quelques pertes blanches.

La douleur coccygienne est plus marquée depuis trois semaines. Sensation de gêne gastrique avec les mêmes caractères.

M^me^ B .. a des selles spontanées mais insuffisantes ; elle est obligée de recourir à un lavement tous les deux ou trois jours.

La semaine précédente éruption eczématique du cuir chevelu avec prurit et augmentation de la dermalgie.

Un lavage de tête a été fait cinq jours après le précédent ; depuis, le prurit et la dermalgie sont très diminués.

La dépilation, en grande diminution pendant les mois de janvier et février, a été légèrement plus forte pendant les derniers jours de février et la première semaine du mois de mars. Malgré cela la chevelure est, dans l'ensemble, en voie d'épaississement et d'allongement.

25 avril 1911. — Mme B... va bien depuis environ un mois.

La sensation de gêne gastrique est intermittente.

Encore un peu de constipation, de douleur coccygienne et quelques pertes blanches.

Règles depuis le 23 avril, en avance de deux jours.

Les lavages de tête sont faits tous les huit jours. Après le lavage, Mme B... fait une application d'huile de ricin ou d'huile antique qui lubrifie mieux.

Il n'y a plus ni prurit, ni dermalgie.

Les cheveux ne *tombent presque plus* et n'ont été recueillis que pendant une semaine (du 7 au 12 avril). La dépilation est très faible ; 0 gr. 075 en moyenne par jour, y compris le jour du lavage.

Le jeudi 18 mai 1911. — Mme B..., se trouvant bien, a suspendu depuis deux mois la gymnastique respiratoire et abdominale, et depuis plus d'un mois les massages du cuir chevelu. Elle n'a continué que le lavage hebdomadaire au bois de Panama.

Pendant toute cette période, il n'y eut ni prurit, ni dermalgie, ni pellicules. Pas d'éruption eczématique. Les cheveux ne tombaient presque plus, à peine une quarantaine par jour, au lieu de plusieurs centaines.

Troubles menstruels : Les dernières règles ont eu lieu du 12 au 17 mai, quinze jours après les précédentes.

La douleur coccygienne, qui s'est manifestée au mois de juillet 1910 et a duré deux mois environ, puis a reparu par inter-

valles depuis le 15 janvier 1911, est depuis quelque temps plus forte qu'elle n'a jamais été. Les intervalles de disparition ne sont que de quatre à cinq jours, huit jours au maximum.

Quelques pertes blanches, surtout quand Mme B... ne prend pas d'injections d'eau salée.

Sensation nerveuse gastrique persistante, diminuée par l'ingestion d'aliments.

Très peu de constipation. Un lavement ou un laxatif (thé purgatif, rhubarbe) tous les quatre ou cinq jours.

Repas en vingt à vingt-cinq minutes. Mme B... mastique bien et mange davantage.

Elle prend le matin du café avec pain et beurre depuis environ quinze jours.

Poids 55 kgr. 400, en diminution de 4 kilogrammes par rapport à l'année précédente à pareille époque.

Au moment de la période de règles, ayant précédé de deux jours l'avant-dernier lavage, éruption eczématique au pourtour et au sommet de la tête. Depuis, pellicules et croûtes, reliquats des vésicules eczématiques séchées dès le lendemain de leur apparition.

Le cuir chevelu est très sec, empâté et difficilement mobilisable.

Jeudi 25 mai 1911. — Le samedi précédent, dermalgie qui a cédé à la suite d'un lavage de tête fait le jour même. Depuis ce jour éruption eczématique à la face et au cou, qui n'a pris fin que le 24 mai.

La dépilation reste faible, un peu plus forte cependant que la semaine précédente. Devant la persistance des troubles génitaux et menstruels, et des troubles gastriques (d'origine nerveuse à point de départ utéro-ovarien), on conseille à Mme B... un examen gynécologique.

L'examen fut fait le 30 mai 1911 par le Dr Petitjean (Service du Dr Siredey), dont le diagnostic fut « Ménorragies en rapport avec une lésion chronique des annexes », et qui conseilla comme traitement la stérilisation des ovaires par la radiothérapie.

Le jeudi 8 juin 1911. — Mme B... a commencé à suivre le traitement radiothérapique fait par le Dr Jaugeas, service du Dr Béclère et a déjà subi deux applications de rayons de Rœntgen.

Elle souffrait de plus en plus dans la fosse iliaque gauche et dans la cuisse gauche. Dès la première application, il y eut amélioration, et depuis hier, après la deuxième, les douleurs de la fosse iliaque, habituelles au moment des règles, ont disparu, malgré l'imminence de celles-ci, attendues pour le 12 juin. La douleur coccygienne est très diminuée.

Il n'y a pas eu de pertes blanches pendant la dernière semaine.

Pas de constipation depuis quinze jours.

La gêne gastrique est moins forte. Mme B... éprouve une moindre sensation de striction.

Le dernier lavage a été fait il y a cinq jours, quinze jours après le précédent.

Mme B... ne fait actuellement aucune application chimique externe, et ne pratique ni massage, ni mobilisation. A la suite de l'amélioration obtenue précédemment, les gymnastiques respiratoire et abdominale ont été aussi abandonnées.

Ni prurit, ni dermalgie.

Les pellicules, farineuses et peu nombreuses dans la région du sommet, sont impétigoïdes et plus abondantes à la région occipitale.

Éruption eczématique à la nuque la veille du dernier lavage ; nouvelle éruption récente à la même région.

La dépilation est un peu plus forte que précédemment, mais

beaucoup moindre qu'au début. Mme B... a compté le jour même 157 cheveux après sa toilette.

Importante éruption eczématique au visage après un lavage au savon, dont l'usage avait été depuis longtemps supprimé.

Traitement. — Reprise de la mobilisation passive du cuir chevelu pendant quatre à cinq minutes chaque jour.

Jeudi 15 juin 1911. — Une troisième séance de radiothérapie a été faite. Les règles ont eu lieu du 9 au 11 juin, en avance de trois jours. Elles ont été beaucoup moins abondantes qu'à l'ordinaire.

Aucun symptôme réactionnel douloureux de l'appareil génital.

Pas de pertes blanches.

La gêne gastrique, stationnaire, réveille encore Mme B... et l'incite à faire des mouvements de déglutition.

Très bon état digestif. Pas de constipation.

La mobilisation du cuir chevelu a été faite chaque jour pendant deux à trois minntes.

Très bon état local. Aucun symptôme sensitif.

Nulle éruption eczématique. (L'éruption de la nuque signalée la dernière fois s'est rapidement éteinte.)

La dépilation est stationnaire, mais faible, 0 gr. 08 en moyenne par jour pour la semaine du 8 au 15 juin.

Il y a de nombreux cheveux jeunes et fins en repousse.

Poids 54 kilogrammes (en diminution de 1 kgr. 400 sur le poids du 18 mai).

Le jeudi 29 juin 1911. — Mme B... a subi une cinquième séance de radiothérapie.

Depuis quinze jours, période de constipation importante, terminée par une crise hémorroïdaire (du 23 au 26 juin). Pendant ces quatre jours, Mme B... a beaucoup souffert dans le flanc et la

fosse iliaque gauches et a été obligée de s'aliter pendant quelques heures l'après-midi. Depuis longtemps, Mme B... n'avait éprouvé autant de difficulté pour aller à la selle ; elle était obligée de recourir à un lavement quotidien, les laxatifs habituels ne faisant plus effet.

Forte émotion il y a quinze jours.

Eruption eczématique importante, avec prurit, à la face, au cou et à la nuque, légère au cuir chevelu, le 25 et le 26 juin (trois jours après le début de la crise hémorroïdaire), actuellement en voie d'effacement.

Le bon état du cuir chevelu persiste. Aucun symptôme réactionnel. La dépilation reste faible, légèrement plus forte que la semaine précédente.

Moyenne quotidienne : 0 gr. 10 (au lieu de 0 gr. 08).

Traitement. — Reprise de la gymnastique musculaire et particulièrement de la gymnastique abdominale.

En plus de la mobilisation, massage du cuir chevelu.

Le jeudi 13 juillet 1911. — Continuation du traitement radiothérapique.

Les dernières règles, en avance de trois à quatre jours, ont eu lieu du 5 au 12 juillet. Elles ont été particulièrement abondantes, plus abondantes qu'avant le traitement radiothérapique.

Mme B... a plus d'appétit, se sent plus alerte et dit se mieux porter qu'il y a un mois. Poids : 56 kilogrammes (en augmentation de 2 kgr. depuis un mois).

Pas de constipation, cependant les selles quotidiennes sont encore un peu insuffisantes.

Disparition de la gêne gastrique, mais hyperesthésie de l'épigastre à la pression et lors des mouvements de flexion du tronc.

L'incisive latérale supérieure droite est mobile et vient buter

contre la dent inférieure correspondante. Gingivite tartrique à droite.

Névralgies de la nuque et du cou. Les mouvements de la tête sont douloureux.

Céphalées dès le réveil jusqu'au coucher.

Nervosisme. Mme B... se sent plus nerveuse et plus impressionnable que précédemment, mais moins cependant qu'autrefois.

Coïncidant avec la période de règles, éruption eczématique au niveau du cuir chevelu, avec dermalgie. Le massage est pénible au moment même où il est pratiqué, mais apporte dans la suite un soulagement.

Depuis hier éruption eczématique légère à la nuque.

Le cuir chevelu et les cheveux sont secs, Mme B... est toujours obligée de les lubrifier.

La dépilation a été plus forte que les semaines précédentes.

Du 30 juin au 16 juillet : 2 gr. 45
Moyenne quotidienne : 0 gr. 17

Les cheveux, nombreux et fournis, paraissent descendre un peu moins bas que précédemment, au voisinage du milieu du dos.

17 octobre 1911. — Mme B... a séjourné douze jours au bord de la mer à la fin du mois de juillet. La dépilation a été un peu plus importante au retour.

Du 2 au 6 août (lavage le 2) : 1 gr. 47
Moyenne quotidienne : 0 gr. 245

Mme B... traitée d'abord tous les huit jours, puis tous les quinze jours, a subi au total douze séances de radiothérapie.

Un examen génital récemment pratiqué a permis de ne plus rien constater d'anormal.

Les dernières règles ont eu lieu le 13 août, et depuis il n'y a pas eu de période menstruelle.

La douleur coccygienne et la gêne gastrique, disparues depuis la fin du mois de juin, n'ont pas reparu.

Pas de constipation.

Depuis près de deux mois, migraines quotidiennes, généralisées, avec bouffées de chaleur, s'accompagnant de sensation de chaleur au cuir chevelu (thermesthésie) et d'élévation de température. La température du cuir chevelu était alors plus élevée que celle des mains, elles-mêmes brûlantes.

Quelques nausées et vertiges. Sueurs profuses. Mme B... était obligée de se mettre au lit quelques heures dans la journée.

Depuis une quinzaine de jours, les migraines sont un peu moins fortes.

Malgré ces divers accidents de la ménopause, Mme B... se sent mieux, d'ensemble, qu'avant la stérilisation ovarienne. Elle se fatigue moins vite. Poids : 53 kgr. 200.

Mme B... a fait toutes les semaines un lavage au bois de Panama, et tous les jours un massage de trois à quatre minutes.

Pas de prurit, mais retour de la dermalgie, coïncidant avec chaque migraine. Il n'y a pas d'hyperesthésie du cuir chevelu constatable à la pression, mais il existe une sensibilité douloureuse des cheveux eux-mêmes, provoquée par la traction ou l'écartement (trichalgie).

Pityriasis au même degré, peu accentué.

Eruptions eczématiques à la nuque à peu près tous les huit jours, quelques jours avant le lavage de tête. Actuellement éruption eczématique au niveau du front. Le lavage de tête hâte

l'évolution de ces éruptions et diminue la dermalgie. Le massage soulage aussi Mme B..., quand le cuir chevelu est douloureux.

Erythrose passive assez accentuée.

Depuis la fin du mois d'août, la dépilation est de plus en plus forte, atteignant le double et même le triple de ce qu'elle était précédemment. (0 gr. 41 par jour pendant la dernière semaine.)

Le jeudi 26 octobre 1911. — Il n'y a pas eu pendant la dernière semaine de migraines et de bouffées de chaleur.

Mme B... jouit d'une bonne santé.

Troubles de calorification (froid des pieds) comme l'hiver précédent.

Le massage et la mobilisation ont été faits matin et soir. Il n'y a pas eu de lavage de tête depuis quinze jours, à fin d'examen.

Tous les soirs, dermalgie et trichalgie, disparues le lendemain au réveil.

Pityriasis sec, à squames fines, mais larges (furfureuses), assez abondant.

Cuir chevelu encore un peu hyperthermique, avec persistance de la thermesthésie.

Eruption eczématique importante et à peu près symétrique à la face, au front, à la région juxta-narinaire droite et à la nuque, remontant de 2 à 3 centimètres sur le cuir chevelu.

La dépilation est à peu près aussi importante que les semaines précédentes.

Traitement. — Application tous les deux jours, surtout dans un but de nettoyage (contre le pityriasis) de la lotion :

Eau de Cologne	60 gr.
Huile de Bouleau	2 gr.
Huile de Ricin	5 gr.
Teinture d'iode	X gouttes

Le 16 novembre 1911. — Disparition de tous les troubles de la ménopause. Mme B... n'a jamais été aussi bien portante. Poids 54 kg. 200 (en augmentation d'un kg.).

Coryza avec céphalée depuis quinze jours.

La lotion a seule été employée depuis quinze jours. Ni lavage de tête, ni massage.

Très bon état local. Disparition de la dermalgie, grande diminution du pityriasis. Aucune éruption eczématique ni à la face ni au cuir chevelu.

La dépilation diminue.

4 janvier 1912. — Bon état à tous égards. Poids : 55 kg. 500.

Les lavages hebdomadaires du cuir chevelu sont le seul traitement que pratique actuellement Mme B...

La dépilation est moitié moins forte que précédemment. Il n'y a plus aucun trouble sensitif. Mme B... supporte aisément le poids d'un chapeau pendant une demi-journée, alors qu'autrefois toute coiffure était intolérable.

12 janvier 1912. — Mme B... est complètement guérie. Depuis deux à trois mois elle se trouve mieux portante que jamais. Elle est plus gaie, plus vive, plus alerte et plus forte.

Léger surmenage. Poids : 55 kg. 400.

La canitie ne progresse plus.

La dépilation très faible, est moindre en une semaine qu'autrefois en un jour.

Accentuation de la repousse. Les cheveux sont plus épais et paraissent s'allonger.

23 mai 1912. — La ménopause est complètement réalisée. L'état digestif est excellent. Depuis plusieurs mois, il n'y a aucun trouble sensitif, le pityriasis est très réduit, la dépilation normale.

Observation 3 (personnelle)

D..., 20 ans 1/2, employé de bureau.

11 novembre 1909. — 30 octobre 1910.

Dépilation à forme décalvante:

Prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, pityriasis sursebborrhéique.

Tachyphagie, polyphagie, polydipsie.

Lourdeur, ballonnement, érythrose, narcolepsie, régurgitation, pyrosis. Distension gastrique, difficulté du travail après les repas.

Lésions dentaires.

Nervosisme. Onanisme.

Sédentarité. Obésité.

Au cours du traitement, période de surmenage.

Traitement : *1° bradyphagie; 2° rationnement ; 3° réduction des boissons ;*

Gymnastique suédoise et respiratoire.

Brossage du cuir chevelu. Massage.

Résultats : *Disparition du prurit et de la dermalgie. Diminution de la séborrhée et de l'hyperidrose. Arrêt de la dépilation. Repousse.*

Disparition de tous les troubles digestifs.

Diminution de l'obésité.

(*Influence mauvaise sur la dépilation de la période des chaleurs et du surmenage.*)

11 novembre 1909. — D... vient consulter, parce qu'il perd ses cheveux depuis deux ans et demi à trois ans environ.

Antécédents héréditaires. — Pas de chauves dans la famille.

La mère est morte a 45 ans d'un cancer du foie, sans avoir présenté de dépilation. Le père, âgé de 60 ans, a du pytiriasis, mais possède encore une belle chevelure blanche.

Antécédents personnels. — Pneumonie dans l'enfance, rougeole à l'âge de 10 ans.

Maux de gorge et laryngites jusqu'à l'âge de 15 ans, époque à laquelle D... a subi l'amygdalectomie.

M. D... mange vite et mastique mal. La tachyphagie est surtout importante au repas de midi. Polydipsie : 3/4 de litre à 1 litre de boisson (vin et eau) par repas.

M. D... autrefois polyphage, a actuellement un appétit modéré.

Il lit pendant le repas de midi, et après le repas du soir jusqu'à 10 h. 1/2 (heure du coucher). Il se remet au travail une demi-heure environ après le repas de midi.

Erythrose, lourdeur post-prandiale, ballonnement du ventre, d'une durée de trois quarts d'heure environ, narcolepsie maxima une heure après le repas.

Régurgitations et pyrosis.

Pas de constipation.

Examen dentaire (Rousseau-Decelle) : 4 Hd. cariée en traitement.

6 Hd. à l'état de racine. A extraire.

Gingivite importante à droite et en avant.

Ne mastique pas du côté droit.

Examen de l'estomac à jeun. — Dimensions normales.

La pression est douloureuse à partir de l'ombilic jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus; le maximum douloureux est situé à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au-dessous de l'ombilic, la pression est douloureuse jusqu'à quatre travers de doigt, avec maximum douloureux à deux travers de doigt.

Hyperesthésie à la pression des angles coliques et de la fosse iliaque droite.

La pression des phréniques dans la fosse sus-claviculaire est pénible.

La paroi abdominale est épaisse et infiltrée de graisse. Obésité et ptose abdominale.

Examen de l'estomac après un repas habituel (tachyphagique). — La limite inférieure de l'estomac déterminée par le clapotage et la percussion est au voisinage de l'ombilic.

Hyperesthésie à la pression depuis l'ombilic jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus et six travers de doigt au-dessous. Deux maximums douloureux à un travers de doigt au-dessus et au-dessous de l'ombilic.

La pression est douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite, et plus douloureuse dans la fosse iliaque gauche.

Hyperesthésie des phréniques au cou.

Nervosisme. Erythrose psychique. Pâleur sous l'influence des émotions fortes.

Réflexes : rotulien normal ;

— pharyngien faible ;

— pupillaires normaux.

Point sus et sous-orbitaire, massétérin et incisif plus sensibles à la pression du côté droit.

Pas de coït, mais onanisme deux à trois fois par semaine.

Vie sédentaire. Peu d'exercice, travail de bureau (9 h. à 6 h. 1/2 hiver, 9 h. à 8 h. été) : l'embompoint important, auparavant, est en voie de diminution légère depuis quelques mois.

Prurit, quand la tête n'a pas été lavée depuis plusieurs jours.

Hyperesthésie légère du cuir chevelu au contact et à la pression.

Séborrhée importante.

Hyperidrose, surtout l'été.

Pityriasis à squames grasses en voie d'augmentation.

Le cuir chevelu est peu mobile sur les plans profonds.

La dépilation date de deux ans et demi à trois ans. Au début, elle était peu accentuée, d'une dizaine de cheveux par jour environ. Depuis un an et demi, la dépilation est plus forte et atteint une cinquantaine de cheveux par jour.

Depuis six mois, la chute est un peu moindre, bien que supérieure à la moyenne.

La chevelure continue à s'amoindrir. La dépilation est surtout marquée au sinciput.

Les golfes fronto-pariétaux, déjà très accusés, sont dépourvus de cheveux adultes et ne sont garnis que de follets caducs.

Au vertex sans qu'on puisse parler de tonsure, la chevelure est clairsemée.

Une traction légère, exercée sur une mèche de cheveux, en arrache une quantité notable.

Les cheveux, blonds et fins, sont secs et ternes.

Pendant l'enfance, M. D... portait les cheveux coupés ras. Depuis trois ans, il porte les cheveux un peu plus longs, avec une raie latérale.

Il pratique régulièrement tous les quinze jours un lavage de tête à l'eau et au savon.

M. D... a suivi pendant un an et demi différents traitements chez un empirique, sans résultat durable

La tête des sourcils est bien fournie, alors que la queue est clairsemée et atteinte de kératose pilaire. (Cette kératose existe chez les parents.)

Peu de barbe et de moustache ; les poils du corps sont bien développés.

Traitement. — Bradyphagie: Cure gingivo-dentaire. Suppression de l'onanisme. Continuation des lavages de quinzaine à l'eau et au savon de Marseille.

Samedi 27 novembre 1909. — Du 14 au 21 novembre, les lésions dentaires ont été réparées.

Par erreur, les boissons ont été rationnées et diminuées d'un verre de liquide par repas.

Amélioration très sensible de l'état digestif.

Disparition presque complète du ballonnement. Éructations moins fréquentes. L'érythrose post-prandiale n'a pas reparu.

Dépilation moindre.

Traitement. — Continuation du régime avec rétablissement de la quantité primitive de liquide.

Samedi 4 décembre. — La quantité première de boisson n'a été reprise que difficilement et depuis deux ou trois jours seulement.

L'amélioration continue.

Samedi 11 décembre. — M. D... va de mieux en mieux. La période digestive marquée autrefois par de la lourdeur et de la somnolence n'est plus troublée actuellement. Il n'y a plus ni ballonnement, ni érythrose, ni narcolepsie. Encore quelques éructations bien moins nombreuses qu'auparavant. L'hyperesthésie est très diminuée depuis le début de l'application du régime.

Moins de pellicules stéatoïdes. Le lavage de quinzaine a été fait il y a trois jours, et le cuir chevelu est beaucoup plus net de squames qu'auparavant à pareille date.

Quelques séborrhéides circinées, habituelles, persistent en bordure du front.

La dépilation a beaucoup diminué.

Mardi 21 décembre 1909. — Il y a eu un écart de régime (repas tachyphagique, à heure irrégulière), et les cheveux sont tombés davantage pendant deux à trois jours après.

Quatorze jours après le lavage, il y a beaucoup moins de pellicules qu'autrefois. Les cheveux tombent moins, mais cèdent encore facilement à la traction.

M. D... avait, de lui-même, supprimé la lecture du journal qu'il faisait pendant et après le repas Cette lecture sera temporairement rétablie.

Mardi 28 décembre 1909. — Depuis huit jours, M. D... a repris la lecture du journal au repas.

Retour des troubles gastriques, avec beaucoup moins d'intensité qu'auparavant : léger ballonnement du ventre, légère envie de dormir, mais pas d'érythrose.

Chute de cheveux moins importante qu'à la dernière constatation.

La lecture du journal pendant le repas sera supprimée.

Mardi 4 janvier 1910. — Pendant les fêtes du jour de l'an, M. D... a mangé un peu plus que d'habitude et à des heures irrégulières.

Nulle gastralgie, nul trouble dyspeptique, un peu d'érythrose.

M. D... a omis de faire, son savonnage de quinzaine et depuis un mois il n'a donné aucun soin à son cuir chevelu (ni lavage, ni pommade).

Quelques démangeaisons à la partie postérieure de la tête, analogues à celles qui survenaient autrefois, quand il n'y avait pas eu de lavage de tête depuis plusieurs jours.

Placards séborrhéiques disséminés.

Pellicules abondantes sur les parties latérales du cuir chevelu, presque aussi abondantes qu'au début du traitement.

Persistance des séborrhéides figurées, en bordure du front.

Dépilation plus importante que pendant la première quinzaine.

Mardi 11 janvier 1910. — Le régime a été exactement suivi.

Nul trouble digestif.

Ni fatigue, ni veille, ni excès vénérien.

Il n'y a pas eu de lavage de tête depuis plus d'un mois.

Le cuir chevelu est recouvert de squames grasses, et les séborrhéides circinées sont très apparentes.

La dépilation a été importante ces derniers jours, presque aussi importante qu'au moment de la mise en traitement.

Les lavages vont être repris.

Le mardi 18 janvier 1910. — Bien-être digestif.

Le lavage a été fait mercredi dernier. Les cheveux sont tombés moins abondamment qu'autrefois pendant la même manœuvre.

Pendant les trois jours suivants, la chute des cheveux a été presque nulle, et depuis elle est beaucoup diminuée (4 ou 5 cheveux en moyenne par jour). Les cheveux cèdent encore facilement à la traction.

Persistance de quelques séborrhéides figurées.

Le mardi 25 janvier 1910. — La bradyphagie est bien observée. M. D... doit se forcer afin de manger AUTANT qu'auparavant.

Pluies et humidité constante de l'atmosphère.

Deuxième semaine après le lavage.

Le cuir chevelu est gras, d'aspect sale, poussiéreux, avec des pellicules et des plaques de séborrhée.

La dépilation, très diminuée par rapport au début, a été un peu plus forte que précédemment pendant la dernière semaine

(une dizaine de cheveux par jour). Une repousse est constatable au niveau des angles fronto-pariétaux.

Le jeudi 3 février 1910. — Très bon état digestif.

Le savonnage de quinzaine, pratiqué le 26 janvier, a provoqué une dépilation moindre qu'avant le traitement, et, à la suite, la dépilation s'est arrêtée totalement pendant trois jours. Depuis, la chute a repris dans des proportions très faibles.

Deuxième semaine après le lavage. Bon état local. Les squames sont moins abondantes et les séborrhéides moins marquées.

Traitement. — Réduction d'un verre de boisson à chaque repas (soit 3 verres de vin et eau, au lieu de 4).

Le jeudi 10 février 1910. — La réduction des liquides a été faite sans difficulté.

L'état digestif s'est maintenu excellent.

Depuis quinze jours, il n'y a pas eu de lavage.

Le prurit qui survenait autrefois en l'absence de lavage n'a pas paru.

Le cuir chevelu a le même aspect : gras, sale et poussiéreux.

Les séborrhéides circinées sont moins accentuées et moins irritatives.

La dépilation, nulle le lendemain du lavage, a augmenté chaque jour de quelques cheveux et était hier d'une douzaine.

Le jeudi 17 février 1910. — Dernier lavage de tête le 12 février. La dépilation moindre le jour du lavage, s'est poursuivie, mais très faible, les jours suivants (quelques cheveux par jour). L'augmentation journalière de la dépilation après le lavage semble être moins accentuée.

Atténuation des séborrhéides circinées du côté gauche.

Le cuir chevelu, encore gras, paraît moins parsemé de squames séborrhéiques.

Les cheveux cèdent moins facilement à la traction.

Traitement psychothérapique. — III gouttes de teinture de thuya occidentalis au milieu des deux principaux repas.

Le jeudi 24 février 1910. — Deuxième semaine après le lavage.

Diminution progressive de la séborrhée et du pityriasis.

Dépilation journalière un peu moindre.

Le mardi 8 mars 1910. — L'amélioration importante et rapide pour les troubles digestifs, aujourd'hui disparus, est plus lente, mais évidente pour les troubles du cuir chevelu.

Deuxième semaine après le lavage. Moins de séborrhée et de squames qu'autrefois à pareille date.

Ce matin, léger prurit.

La dépilation quotidienne est d'environ 7 à 8 cheveux. Elle s'est élevée ce matin à 12 ou 15.

Les cheveux résistent davantage à l'arrachement.

Il y a une *repousse* importante au niveau des angles fronto-pariétaux et en bordure du front. Ces follets paraissent sains et vigoureux, et ne se laissent arracher que par une traction assez forte. Cette repousse a été remarquée par M. D..., et maintes fois par son entourage.

Le jeudi 17 mars 1910. — M. D... a fait un repas copieux et a bu plus que de coutume. Réapparition de l'érythrose post-prandiale le jour même, et, le lendemain, de quelques symptômes dyspeptiques.

Le lavage a été fait il y a six jours. La chute des cheveux n'a reparu que deux ou trois jours après, au nombre de 4 ou 5.

La tête est plus propre.

A côté de cheveux longs anciens et assez rares, il y a beaucoup de cheveux fins en repousse, longs de 2 à 3 centimètres.

Les cheveux de la région du sommet, en bordure du front, dont la longueur était stationnaire, paraissent actuellement s'allonger.

Le jeudi 7 avril 1910. — Grippe depuis le 28 mars, non encore guérie.

Treize jours après le dernier lavage, l'accumulation des squames stéatoïdes est modérée.

La dépilation quotidienne, toujours faible, est restée encore plus longtemps sans réapparaître, après le dernier lavage, qu'après le précédent.

La repousse des follets s'accentue au sinciput. Les follets résistent fortement à la traction, alors que les cheveux anciens se laissent arracher facilement.

Jeudi 14 avril 1910. — Bon état général et local.

Accentuation de la repousse, qui paraît de bon aloi et qui cause une grande satisfaction à M. D...

Samedi 30 avril 1910. — Huit jours après le lavage. Le cuir chevelu est moins gras et moins sale qu'autrefois. Il n'y a plus de séborrhéides circinées.

La dépilation, très faible, est stationnaire et suit toujours le même rythme (elle est nulle le lendemain et le surlendemain du lavage, elle est de 4 ou 5 cheveux les jours suivants, et de 10 ou 12 à la fin de la période intermédiaire à deux lavages).

Les follets sont devenus de petits cheveux, nombreux et épais, qui résistent fortement à la traction, beaucoup plus qu'au début et beaucoup mieux que les grands.

Mardi 10 mai 1910. — Depuis l'apparition des chaleurs, l'hyperidrose généralisée est importante, la séborrhée un peu plus forte.

Quelques jours après le lavage, apparition d'une petite séborrhéide du côté droit, qui s'est effacée très rapidement.

La quantité de cheveux tombée le jour du lavage a été évaluée par pesée (cheveux longs de 6 à 7 cent.) = 0 gr. 10. Cette quantité est encore un peu moindre qu'au dernier lavage, et beaucoup moindre qu'autrefois.

Les cheveux nouveaux sont solides, contrairement aux anciens.

Traitement : Mouvements de gymnastique suédoise et respiratoire pendant cinq à dix minutes chaque jour.

Samedi 21 mai 1910. — Les mouvements de gymnastique ont été faits. Continuation de la période de chaleurs.

Le dernier lavage remonte à quinze jours.

L'hyperidrose, bien que très accentuée, l'est un peu moins que les années précédentes pendant l'été.

Depuis une dizaine de jours, il y a du prurit, plus marqué le soir, presque aussi fort qu'autrefois. Il y a dans la région pariétale une zone particulièrement pruritique, au voisinage de la limite des cheveux.

Le cuir chevelu est un peu moins gras. Les cheveux sont secs le matin au réveil.

Jamais, aussi longtemps après le lavage, le cuir chevelu n'a été aussi propre, aussi net, aussi dépourvu de pellicules et de squames stéatoïdes.

La dépilation a été moins importante encore. Évaluée en poids, elle est pour dix jours (sans lavage) de 0 gr. 025, soit 4 fois moins forte que le jour du précédent lavage (0 gr. 10).

Le mardi 31 mai 1910. — Il y a trois jours, troubles dyspeptiques (coliques, diarrhée) attribuables à l'ingestion de viande avariée.

Chaleurs moins fortes. Lavage fait il y a dix jours.

Hyperidrose moindre. Le cuir chevelu est moins gras et moins parsemé de squames stéatoïdes.

Pas de prurit.

Depuis quatre à cinq jours, les pellicules fines et sèches disparues après le lavage, reparaissent au sinciput, surtout dans la région antérieure.

La dépilation a été beaucoup moins importante le jour de lavage. La diminution de la chute a été la plus considérable de celles observées jusqu'à présent. Depuis, la dépilation se maintient faible (4 ou 5 cheveux les jours qui suivent le lavage, puis 8 à 10, lors de la réapparition des pellicules).

Le jeudi 16 juin 1910. — Santé excellente. Bon état digestif. L'amélioration continue. Le dernier lavage date de douze jours.

Il n'y a plus de démangeaisons.

Le cuir chevelu paraît plus sec.

Pellicules abondantes, fines, se détachant facilement.

La dépilation est stationnaire.

La repousse s'accentue, et bientôt il n'y aura plus sur le sommet de la tête que des cheveux de repousse. Ces cheveux se laissent arracher plus difficilement que les anciens.

Traitement. — Brossage quotidien léger du cuir chevelu.

Dépilation : Du 21 mai au 4 juin (lavage compris) 0 gr. 07 ; le 4 juin (lavage) 0 gr. 085 ; du 4 au 16 juin (pas de lavage) 0 gr. 05 ; du 16 au 31 juin (lavage compris) 0 gr. 06.

Jours de lavage : du 2 juillet 0 gr. 07 ; du 16 juillet 0 gr. 11 ; du 30 juillet 0 gr. 05 ; du 8 août 0 gr. 06 ; du 14 août 0 gr. 06.

Le mercredi 27 juillet 1910. — Surmenage depuis un mois : M. D... travaille dès 6 heures ou 6 h. 1/2 du matin jusqu'à 8 heures du soir. A midi, il prend son service vingt minutes après le repas.

Il ressent une légère fatigue. Grippe légère.

Le lavage a été fait il y a douze jours.

Pas d'hyperidrose importante du cuir chevelu. Séborrhée moindre.

Prurit léger et intermittent.

Dermalgie au niveau de la région du sommet.

Les pellicules lamelleuses se présentent sous forme de squames larges, engaînant la racine des cheveux.

Les cheveux viennent plus facilement à la traction, et ils entraînent avec eux des squames pityriasiques.

La chevelure, constituée par des cheveux jeunes, paraît plus fine qu'au début du traitement et, aux angles fronto-pariétaux, il y a de nombreux follets.

Le mardi 20 septembre 1910. — Le surmenage a continué pendant la période des vacances, et l'excès de travail ne diminue que depuis une huitaine de jours.

Grippe au début du mois d'août.

Les heures des repas ont été changées et ont été irrégulières.

Le régime ataraxique a été peu suivi. Tachyphagie. M. D... à cause de l'heure tardive du repas du soir, avait beaucoup d'appétit, mangeait davantage, et trop rapidement.

Malgré tout, pas de trouble gastrique, mais une légère érythrose.

Amaigrissement notable. L'obésité a complètement disparu.

Lavage de tête fait il y a quinze jours.

Prurit léger sur les parties latérales du cuir chevelu, stationnaire.

Les pellicules, moins abondantes dans l'ensemble, prédominent dans la région du sommet. Autrefois épaisses et engai-

nant la base du cheveu, elles sont aujourd'hui plus fines et écailleuses et n'adhèrent plus au cheveu.

Au niveau de l'angle fronto-pariétal gauche, il y a eu depuis un mois une plaque d'eczéma séborrhéique, rouge d'abord, puis squameuse, et actuellement légèrement rosée.

Les cheveux tombent peu, quatre ou cinq au moment de la toilette, ils tombent également moins qu'autrefois le jour du lavage.

Les angles fronto-pariétaux paraissent plus marqués, mais ils sont garnis de follets.

Les cheveux de repousse sont fins et fournis. Comme ils sont pâles, quoique plus nombreux, l'ensemble paraît moins coloré qu'autrefois.

Traitement. — Massage quotidien du cuir chevelu.

Lundi 30 octobre 1910. — Le massage du cuir chevelu a été fait pendant huit jours.

Dès le premier massage, le prurit a disparu, sauf à la nuque, où on ne pratiquait pas le massage.

Les premiers jours, il y eut une chute assez importante de cheveux et de pellicules. Depuis, la tête s'est nettoyée et les cheveux ne tombent que très peu.

Au point de vue de l'évaluation du résultat d'ensemble, M.D... a obtenu un arrêt de la dépilation et une repousse importante au niveau du sinciput. Ces résultats ont été passagèrement compromis par une récidive à la suite d'un surmenage et du retour aux viciations digestives, pendant la période estivale.

Observation 4 (personnelle).

D..., 21 ans, employé des postes.

30 mai. — 22 septembre 1910.

Dépilation. Arrêt de la croissance des cheveux.

Prurit. Hyperesthésie, hyperidrose, pityriasis stéatoïde, Tachyphagie, picrophagie, polydipsie. Irrégularité des heures de repas.

Erythrose postprandiale. Constipation.

Erythrose psychique. Céphalées.

Confinement.

(*Nul lavage du cuir chevelu*).

Traitement. — *1° Bradyphagie.*

2° Rationnement des boissons.

3° Gymnastique suédoise et respiratoire.

4° Lavages du cuir chevelu.

Résultats. — *Grande diminution du prurit, de la dermalgie de l'hyperidrose. Transformation du pityriasis stéatoïde en pityriasis sec. Arrêt de la dépilation. Reprise de l'allongement du cheveu. Repousse.*

Disparition de l'érythrose, de la constipation, des céphalées.

Lundi 30 mai 1910. — M. D... vient à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour une dépilation diffuse, accompagnée d'un violent prurit.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 51 ans, facteur rural, avait autrefois une belle chevelure noire. Il est bien portant, érythrosique, et chauve depuis une dizaine d'années.

La mère est morte depuis une vingtaine d'années.

Antécédents personnels. — Impetigo du cuir chevelu, jusqu'à l'âge de 7 ans ; dépilation consécutive, puis repousse.

A 7 ans, fièvre typhoïde, sans dépilation consécutive.

Habite Paris depuis quinze mois.

Travail et repas à des heures irrégulières.

Etat actuel. — M. D... est tachyphage. Il n'accorde aucun soin à la mastication des aliments, ingérés très rapidement. Un jour sur deux, il travaille immédiatement après le repas.

M. D... mange peu, mais très épicé.

Il a supprimé depuis quatre ou cinq mois les ragoûts et les sauces qui le constipaient et provoquaient du prurit.

Il buvait 1/3 à 1/2 litre de vin pur, additionné parfois d'une égale quantité d'eau. Il a remplacé depuis trois semaines le vin par de l'eau de Vichy Saint-Yorre, un demi-litre par repas. A la suite de cette correction de régime, la digestion est un peu plus facile, les céphalées ont diminué.

Rarement à l'aise après le repas, il est fréquemment lourd, ballonné ; il a le visage congestionné et digère mal.

Ni renvois, ni aigreurs, ni gaz.

Il est habituellement constipé depuis son séjour à Paris et reste trois à quatre jours sans aller à la selle.

La dyspepsie est moins grande après le repas du soir pris beaucoup plus lentement.

Il prenait autrefois deux tasses de café par jour qu'il a supprimées depuis trois semaines. Pas d'apéritifs, mais un peu de bière.

État dentaire. — 1re molaire inférieure droite atteinte de carie pénétrante et d'arthrite chronique, légèrement douloureuse.

Forte crise d'odontalgie il y a quinze jours, ayant duré deux jours et deux nuits.

La dent de sagesse inférieure droite n'a pas tout à fait terminé son évolution. Elle a évolué un peu en dedans de l'arcade dentaire.

Première molaire inférieure gauche à l'état de racine indolore.

Légère gingivite tartrique à droite.

Pharyngite granuleuse.

Pas de surmenage cérébral. Ni veilles ni lectures.

Pas d'excès génésiques.

Erythrose psychique importante.

Aération insuffisante. M. D... prend peu d'exercice.

Le teint est pâle. Léger amaigrissement depuis le séjour à Paris.

M. D... a les cheveux noirs, un peu onduleux et clairsemés depuis l'enfance.

Ils tombent depuis un an environ, trois à quatre mois après son arrivée à Paris. A ce moment la dépilation a été importante, une quarantaine de cheveux par jour, puis il y eut une légère diminution vers le mois d'août et actuellement, malgré une chute relativement faible, la chevelure s'appauvrit.

Les démangeaisons, vives, siègent au sommet de la tête, gagnent la face, et vont jusqu'aux yeux.

Elles ne sont apparues qu'un mois et demi à deux mois après la première chute des cheveux.

Elles existent surtout au bureau, où elles sont continuelles, et sont un peu plus fortes le soir au moment du coucher.

M. D... est obligé de se gratter violemment pendant quelques instants, sans s'écorcher. Le grattage provoque la chute de quel-

ques cheveux. Sensibilité légère à l'emploi du peigne et au port du chapeau.

Le soir, au sortir du bureau, M. D... se sent fatigué et a la tête lourde. Il se porte mieux pendant les jours du repos.

Légère hyperidrose de la face et du cuir chevelu.

Le cuir chevelu est gras.

Les pellicules sont surtout abondantes depuis le séjour à Paris; leur apparition a précédé la dépilation. La tête est couverte de squames efflorescentes et pulvérulentes, recouvrant à la suite d'un léger grattage, le col des vêtements d'une poussière blanche. Malgré un brossage quotidien, il y en a toujours une quantité aussi abondante. On constate aussi plusieurs éléments de pityriasis stéatoïde.

Les cheveux, à bulbe plein, et même quelques follets aux angles fronto-pariétaux cèdent facilement à la traction. Les cheveux sont portés assez longs depuis plusieurs années. Depuis le début de la chute, les cheveux *ne s'allongent plus*, et il y a au sommet de la tête, au voisinage du front une région, où les cheveux n'ont pas été coupés depuis six à sept mois et n'ont pas grandi.

La chevelure a diminué. La dépilation a porté surtout sur le sommet de la tête, qui s'est éclairci, et actuellement les cheveux tombent aussi sur les parties latérales et à la nuque, mais en moins grande abondance.

M. D... faisait autrefois une friction toutes les trois semaines ou tous les mois. Il l'a supprimée depuis le début de la chute, car la friction faisait tomber beaucoup de cheveux.

Il a suivi divers traitements (lotion ammoniacale, lotion dermophile de Br..) sans résultat.

Les cils tombent ainsi que les sourcils.

M. D... a remarqué que pendant les chaleurs il y a sudation plus forte et augmentation des démangeaisons.

Traitement. — Bradyphagie pure, sans rien changer au régime. Mise en état de la bouche.

M. D... ne pratiquait et ne pratiquera aucun lavage de tête.

Mardi 7 juin 1910. — Deux extractions dentaires ont été faites : 6 BD. et 6 BG.

M. D... a mis plus de trois quarts d'heure pour prendre son repas, consacrant la plus grande partie de son temps à la mastication.

Amélioration plus sensible que par l'emploi de l'eau minérale. Digestion plus facile. Moins de lourdeur après le repas. Moins d'érythrose.

La constipation, qui était importante, a beaucoup diminué. M. D... va à la selle presque tous les jours.

Les maux de tête ont beaucoup diminué. Il n'y en a eu qu'une fois pendant la semaine.

L'état du cuir chevelu a peu changé. Les squames grasses à peu près aussi abondantes, paraissent se détacher un peu plus facilement.

Le mardi 14 juin 1910. — La veille, écart tachyphagique (repas en 1/2 h.) sans mastication attentive.

Ce matin M. D... n'a pas été à la selle et a la tête lourde.

Dans l'ensemble, l'amélioration progresse.

Pendant toute la semaine il n'y a eu ni érythrose, ni constipation, ni maux de tête.

M. D... a remarqué que les démangeaisons ont été plus fortes les jours de grandes chaleurs ; les autres jours, elles sont restées ce qu'elles étaient la semaine précédente, c'est-à-dire légères.

Même degré de sensibilité et d'hyperidrose.

Le cuir chevelu est aussi gras et englué de squames ambrées et stéatoïdes et de pellicules fines, mais qui se détachent avec une plus grande facilité.

Les cheveux de la région du sommet ne s'allongent pas.

La dépilation qui porte toujours sur les cheveux longs, est stationnaire. Elle a été pour une semaine de 0 gr. 01, soit en moyenne de 4 à 18 ou 20 cheveux par jour.

Le jeudi 23 juin 1910. — Bon état digestif. Aucun trouble et pas de constipation, sauf quand il y a un écart tachyphagique (un seul depuis la dernière visite).

Les démangeaisons, moins fortes dans l'ensemble, augmentent un peu pendant les fortes chaleurs, et sont maximum vers le soir.

Le cuir chevelu est moins gras.

Les pellicules, presque aussi abondantes, sont en squames moins larges et moins épaisses, et moins adhérentes.

La chute des cheveux est stationnaire.

Le jeudi 30 juin 1910. — Très bon état digestif.

Les démangeaisons quotidiennes, moins intenses, se produisent surtout le soir, vers la fin du travail, de 6 heures à 7 heures, après un long séjour au bureau (confinement, poussières; — M. D... ne porte de couvre-chef que le matin de 4 heures à 7 heures). Au sortir du bureau les démangeaisons disparaissent.

Sudation assez importante (fortes chaleurs).

Traitement. — Correction plus complète du régime :

Réduction de la boisson du repas (eau de Vichy), de trois verres à un verre et demi.

Le jeudi 8 juillet 1910. — M. D... a passé quelques jours en sorties, promenades.

La correction du régime a été faite sans grand effort, la quantité de liquide étant trouvée suffisante.

M. D.... constate, tant au point de vue de l'état général que de l'état du cuir chevelu, une grande amélioration.

Il n'y a plus aucun trouble digestif. Pas de constipation. Les maux de tête ont complètement disparu.

L'hyperidrose est beaucoup moins forte. Il y a une notable diminution dans l'état gras du cuir chevelu.

Démangeaisons au même état que la dernière fois.

Pellicules en diminution légère par rapport au dernier constat, mais importante par rapport au début du traitement.

La dépilation, en diminution, est au même taux que la dernière fois.

Quelques cheveux cèdent encore facilement à la traction de la main, qui en ramène une dizaine.

Traitement. — Lavage hebdomadaire du cuir chevelu à l'eau et au savon de Marseille.

Les cheveux seront portés un peu plus courts.

Le samedi 16 juillet 1910. — Pas de changement de régime, pas d'excès pendant les fêtes du 14 juillet.

Il y a eu un lavage de tête mardi dernier après une coupe de cheveux. Les cheveux ont été coupés presque ras (2 à 3 cm.), leur longueur a été diminué des 4/5 au sinciput.

L'examen du cuir chevelu est plus facile, les cheveux sont clairsemés sur une zone à peu près circulaire au niveau du sommet.

A la suite du lavage, il n'y a plus eu de démangeaisons pendant trois ou quatre jours, et depuis hier il en revient quelques-unes, mais beaucoup plus légères qu'auparavant.

Les pellicules (squames grasses), qui avaient aussi disparu après le lavage, commencent à réapparaître.

La dépilation n'a pas varié.

Mercredi 20 juillet 1910. — Un deuxième lavage de tête a été effectué hier: quelques jours avant, il y a eu des démangeaisons légères, de moins en moins fortes.

Squames pityriasiques moins abondantes.

On note quelques cicatrices dans la région du sommet (impétigo dans l'enfance).

La dépilation est, le jour du lavage, d'une cinquantaine de cheveux environ.

Traitement. — Aération : faire tous les jours une heure à une heure et demie de promenade. Dormir dans l'air frais, la fenêtre entr'ouverte.

Le mercredi 27 juillet 1910. — Température un peu plus élevée depuis quelques jours. Les démangeaisons, précédant le lavage, ont été plus importantes que la semaine précédente, et ont apparu plus tôt. Le lavage a eu lieu la veille ; il n'y a pas eu de démangeaisons après le lavage ; aujourd'hui les démangeaisons reparaissent, mais beaucoup moins fortes qu'autrefois.

Les pellicules se reproduisent assez vite après le lavage. Elles sont plus fines, plus poussiéreuses. Le cuir chevelu et les cheveux sont plus secs.

Dépilation stationnaire. Les cheveux cèdent encore facilement à la traction.

Traitement : gymnastique suédoise et respiratoire.

Le lundi 1er août 1910. — Examen du cuir chevelu à la veille du lavage :

Sur le sommet, il y a une diminution importante du pityria-

sis ; il n'y a plus de placards jaune sale, mais simplement quelques squames adhérentes jaune clair.

A la nuque, les pellicules fines et sèches, sont encore abondantes.

Les démangeaisons ont été un peu moindres.

Les cheveux résistent davantage à l'arrachement.

Le lundi 8 août 1910. — Le prurit persiste le soir, avant la sortie du bureau, au même taux réduit. Quelques démangeaisons aux sourcils et à la figure.

La tête est de moins en moins encombrée de pellicules et de squames stéatoïdes.

Dépilation toujours aussi faible.

Les cheveux s'éclaircissent encore un peu sur le sommet.

Jeunes cheveux en repousse, ayant une longueur de 0 cm. 8 à 1 centimètre.

Traitement psychothérapique.

Le jeudi 22 septembre 1910. — M. D... n'a pas pris de vacances.

Bon état digestif et bonne santé.

Amélioration notable par rapport au début :

Disparition des troubles digestifs, des maux de tête.

Persistance de quelques démangeaisons, bien moins fortes qu'au début, à peu près au même état qu'au mois d'août, se produisant, le soir, vers la fin du travail, et disparaissant à la sortie du bureau.

Sensibilité diminuée, encore constatable au niveau du sommet. L'érythrose passive est moindre. Le cuir chevelu et les cheveux sont plus secs. Les pellicules, beaucoup moins abondantes, ont changé de caractère. Elles sont devenues fines, blanches et farineuses. Il n'y a plus de squames grasses, impétigoïdes.

La chevelure est plus abondante, les cheveux sont plus fins et plus vivement colorés qu'au début du traitement. Ils tombent moins le jour du lavage, et moins pendant la toilette. La dépilation est voisine de la normale.

Les cheveux en repousse sont de plus en plus nombreux, surtout en bordure du front.

La région du sommet, qui s'éclaircissait, s'est regarnie, et les cheveux y sont plus fournis et plus solides. *Ils ne cèdent plus du tout à la traction.*

Observation 5 (personnelle).

K..., 28 ans 1/2, artiste dramatique.

3 février-6 octobre 1911.

Dépilation. Ralentissement de la croissance des cheveux.

Prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, pityriasis, hypotomie, hyperémie congestive.

Tachyphagie, polyphagie, polydipsie. Ethylisme et caféisme.

Gastralgie, ballonnement, pyrosis, érythrose. Narcolepsie. Dilatation gastrique.

Nervosisme. Ennuis. Migraines.

Traitement. — *1° Suppression des boissons alcooliques, réduction du café ;*

2° Bradyphagie, rationnement ;

3° Traitement cadique ;

4° Massage.

Résultats. — *Disparition de la dermalgie, grande diminu-*

tion du prurit, de la séborrhée, de l'hyperidrose, du pityriasis. Arrêt de la dépilation. Repousse.

Diminution du nervosisme, disparition des migraines.

3 février 1910. — M K... vient consulter pour une dépilation accompagnée d'un pityriasis important.

Antécédents héréditaires. — La mère est migraineuse et diabétique. Elle présente actuellement des troubles cérébraux, et de la dépilation diffuse.

Le père a une belle chevelure grisonnante.

Deux sœurs et un frère, ne possédant que les dents de la première dentition.

Antécédents personnels. — M K... a eu, dans l'enfance, de l'impetigo du cuir chevelu et de violentes névralgies avec état syncopal durant deux à trois heures. Il a été maladif jusqu'à l'âge de 8 ans.

Anciennement boulanger, est actuellement artiste dramatique.

Tachyphage, il mange en un quart d'heure, sans bien mastiquer. Polyphagie légère (200 gr. de pain par repas). Autrefois polydipsie. Boit un verre d'eau rougie au repas, et plus d'un verre de café après les repas du midi et du soir. Lit quelquefois après les repas.

Presque tous les jours, un ou deux apéritifs (madère, malaga) ou de la bière.

Les troubles digestifs datent de deux ans.

Après le repas, ballonnement considérable (6 cent. de différence de tour de ceinture après un petit repas). Le ballonnement survient dix minutes après le repas, et dure au moins une heure.

Erythrose post-prandiale durant environ une demi-heure.

Narcolepsie.

Renvois aigres et acides, presque quotidiens, en rapport avec l'alimentation et les excès de boissons.

Migraines fréquentes.

Examen de l'estomac à jeun (en position couchée).

Pas de clapotage. La limite inférieure est trouvée par la percussion, au niveau de l'ombilic. L'hyperesthésie à la pression est maxima au niveau de l'ombilic et s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus. La fosse iliaque gauche est aussi sensible à la pression.

Dentition anormale. Microdontisme. Les deux incisives supérieures, à l'état de dents de lait, sont tombées à l'âge de 18 ans, et depuis 3 molaires sont tombées spontanément.

M. K... est très nerveux. Il a des migraines, surtout après une mauvaise digestion.

Ces migraines, fréquentes dans l'enfance, sont plus rares aujourd'hui. Elles siègent au sinciput, à la nuque, dans la région orbitaire, principalement du côté gauche. Bosses frontales saillantes, réflexes pharyngien et rotulien normaux. Pas de tremblement des mains. La sensibilité du paquet vasculo nerveux du cou est plus marquée du côté gauche.

Pas d'excès génitaux.

M. K... a fréquemment, la nuit, de la contracture des maxillaires avec grincement des dents.

L'été dernier, M. K... a travaillé beaucoup intellectuellement, et a eu de nombreux soucis. Il ne travaille actuellement qu'irrégulièrement.

Le mois dernier, M. K... a eu des ennuis au sujet de sa mère, diabétique, qui présente des accidents cérébraux.

Léger abus de tabac.

M. K... perd ses cheveux depuis le mois d'août dernier. Il

séjournait à ce moment sur le littoral. Un mois avant, il avait beaucoup souffert de l'estomac, et un examen médical avait constaté une dilatation d'estomac. La gastralgie a diminué pendant le séjour au bord de la mer. C'est à ce moment également qu'ont eu lieu les ennuis et le surmenage. Tous les étés, M. K... avait une légère dépilation, mais à ce moment la chute fut considérable, plus de 50 cheveux par jour.

Depuis le retour à Paris, la dépilation quotidienne est un peu moins considérable.

La chevelure châtain foncée, presque noire, qui était très fournie, a diminué. Les angles fronto-pariétaux sont très dégarnis.

M. K... attribue sa dépilation au port répété, en scène, d'une perruque usagée et malpropre.

Dès le début de la dépilation sont apparues des démangeaisons très violentes, intolérables, nécessitant de vifs grattages, principalement le soir pendant une dizaine de minutes. Actuellement le prurit est de plus en plus intense et siège surtout à la nuque.

Le cuir chevelu est peu sensible, hypotonique, et rougit facilement à la pression, principalement à la région occipito-nuchale, lieu d'élection des migraines.

La tête est habituellement grasse. Hyperidrose abondante pendant les chaleurs.

Les pellicules sont devenues très abondantes. Il y a, à la nuque, un placard pityriasique, passé jusqu'alors inaperçu.

Plaque cicatricielle dénudée à la nuque.

Les cheveux cèdent difficilement à la traction.

Quelques cheveux courts et grêles aux angles fronto-pariétaux très accusés.

M. K... a déjà consulté un médecin au sujet de sa dépilation.

Il faisait presque toutes les semaines des lavages de tête à l'eau et au savon, puis un rinçage à l'eau additionnée de quelques gouttes d'ammoniaque.

Traitement. — Suppression des boissons alcooliques.

Réduction de moitié de la quantité de café (1/2 verre à midi et 1/2 verre le soir).

Continuation des savonnages et des soins locaux.

Le 8 février 1910. — Amélioration digestive. L'érythrose est en diminution.

M. K... a eu moins de contracture des maxillaires pendant le sommeil.

Le prurit, dont le siège principal est à la nuque, a été moins violent.

Le 22 février 1910. — La suppression des boissons alcooliques a été continuée pendant une dizaine de jours. L'amélioration digestive s'est poursuivie, avec arrêt des démangeaisons et de la dépilation.

Depuis trois ou quatre jours, M. K... a repris des boissons alcooliques en dehors des repas ; réapparition du prurit, et chute de cheveux plus forte.

Traitement. — M. K... devant s'absenter, est soumis à la bradyphagie et à un traitement chimique :

Application le soir de pommade cadique. Lavage le lendemain avec une lotion alcoolique de dégraissage.

Le 27 juin 1910. — M. K... a eu de nombreux ennuis de famille et depuis le printemps, se trouve sans travail.

La bradyphagie a été à peu près observée. M. K... a supprimé de lui-même la viande, mais est encore polyphage.

Les migraines ont été moins fréquentes. Il n'y en a eu qu'à quatre ou cinq reprises.

Scintillements dans l'œil gauche, plus marqués après la marche.

Les démangeaisons ont totalement disparu ; les pellicules sont moins abondantes.

Depuis environ un mois, il y a au sinciput une vive hyperesthésie à la pression, et même au simple contact.

Le cuir chevelu est moins gras.

L'hyperidrose est moindre que l'été dernier.

La chute des cheveux a diminué. Elle n'est plus que d'une vingtaine au moment de la toilette. Les cheveux résistent fortement à la traction.

La repousse en bordure du front s'accentue.

Traitement. — Rationnement.

Suppression des agents médicamenteux.

Reprise des savonnages hebdomadaires.

Massage quotidien du cuir chevelu.

29 juin 1910. — Ballonnement à la suite d'ingestion d'aliments lourds, céphalée dans la soirée.

Le premier massage a fait tomber de nombreux cheveux et d'abondantes pellicules. Le massage est suivi d'une sensation de chaleur au cuir chevelu, durant environ un quart d'heure.

Un lavage de tête a été fait la veille et M. K... a compté le même jour 39 cheveux (Poids : 0 gr. 015).

Le 6 juillet 1910. — M. K... a repris l'usage de la viande au repas de midi.

Le ballonnement ne subsiste que pour certains aliments, de digestibilité difficile.

La sensation de chaleur après le massage dure actuellement vingt minutes. L'élévation thermique produite par le mas-

sage est de 1° environ. (La température du cuir chevelu est de 30°.)

La séborrhée, un peu plus marquée qu'avant la période des chaleurs, est beaucoup moins accentuée qu'autrefois pendant l'été.

La repousse s'accentue.

La chevelure est belle, soyeuse et fournie, et presque aussi importante qu'avant la dépilation.

26 juillet 1910. — Le massage, a été fait presque tous les jours, pendant un mois.

Il n'y a plus ni prurit, ni dermalgie.

L'hyperidrose, et la séborrhée sont en diminution. Cette dernière est plus faible au sinciput, en bordure du front.

La chute des cheveux est presque nulle (3 ou 4 cheveux à la toilette).

La repousse est importante, les angles fronto-pariétaux sont garnis de cheveux jeunes et solides.

Augmentation du brillant et de l'éclat des cheveux.

M. K... part pour remplir un engagement d'un mois et demi dans le Midi. Il continuera le régime bradyphagique, et les savonnages hebdomadaires du cuir chevelu.

6 octobre 1910. — Pendant deux mois surmenage physique et cérébral.

L'appétit est modéré, les digestions sont bonnes, sauf quand il y a écart de régime.

Nervosisme, M. K... supporte mal la chaleur et les temps orageux. Fourmillements dans les doigts. Quelques céphalées légères.

M. K... a porté en scène presque quotidiennement des perruques et des postiches.

Bon état local.

Prurit faible cinq ou six jours après le lavage de tête et disparaissant avec le lavage suivant.

Pas de dermalgie.

Quelques rares pellicules. La séborrhée est en grande diminution.

La dépilation a été minime. Journellement, il ne tombe que 4 ou 5 cheveux, et un peu plus le jour du lavage.

Guéri, M. K..., part remplir un nouvel engagement artistique.

Observation 6 (personnelle)

M^lle B..., 18 ans, couturière.

12 octobre 1910. — 9 novembre 1911.

Dépilation.

Prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, pityriasis du cuir chevelu.

Viciations digestives. Tachyphagie, polydipsie. Abus des laxatifs et des purgatifs.

Inappétence. Hyperesthésie gastrique. Constipation.

Dysménorrhée avec périodes d'aménorrhée. Pertes blanches.

Céphalées précataméniales. Ennuis.

Troubles de calorification.

Traitement. — a) *Bradyphagie. Réduction des boissons. Gymnastique respiratoire.*

b) *Massage du cuir chevelu.*

c) *Traitement opothérapique.*

Résultats. — *Régression de la séborrhée. Disparition du prurit, de la dermalgie, de l'hyperidrose, de l'acné du cuir chevelu. Repousse et augmentation de la chevelure d'un quart à un tiers.*

Diminution des troubles digestifs, de la constipation.

Disparition de la dysménorrhée.

12 octobre 1910. — Mlle B... est venue consulter, une première fois, au mois de janvier dernier, pour de l'acné faciale.

Elle a été soumise au régime ataraxique, pendant deux mois, puis traitée par le massage.

Elle nous consulte aujourd'hui pour une dépilation diffuse, importante, datant d'environ un mois.

Antécédents héréditaires. — Les parents, bien portants, ne sont pas érythrosiques et possèdent une belle chevelure noire.

Antécédents collatéraux. — 2 frères et 2 sœurs plus jeunes, bien portants.

Antécédents personnels. — Nulle maladie grave dans le jeune âge.

La menstruation s'est établie difficilement. Les règles sont apparues une première fois à 15 ans 1/2, puis une deuxième fois à 16 ans 1/2, et depuis elles ne viennent que très irrégulièrement tous les deux ou trois mois. Depuis près de deux ans, elles n'ont été régulières que pendant trois mois. Elles sont peu abondantes, très douloureuses pendant quatre ou cinq jours avant leur apparition et ne durent que deux ou trois jours.

Pertes blanches depuis un an et demi, surtout avant l'apparition des règles.

Mlle B..., en traitement pour son acné, a été soumise, au mois de janvier, au régime ataraxique, puis au mois de juin, pendant

un mois, au régime des trois petits repas. Ces régimes ont été *à peu près* suivis. Au mois de juillet, Mlle B... se plaignant de manquer d'appétit, on lui ordonne des gouttes amères de Beaumé (3 avant chaque repas).

Actuellement, Mlle B... mange en une demi-heure, en faisant attention à la mastication. Elle se nourrit surtout de légumes et des sucs de la viande dont elle rejette le résidu. Autrefois polyphagie et polydipsie (4 verres de tisane de pensée sauvage par jour). Actuellement 1 verre et demi d'eau ou de tisane par repas. Pas de picrophagie.

Il n'y a plus ni ballonnement, ni érythrose, ni narcolepsie.

L'inappétence persiste.

Constipation importante. Mlle B... prend des laxatifs et va à la selle tous les deux jours.

Elle n'est pas nerveuse, mais a eu des ennuis à propos de son travail pendant trois mois (juin, juillet et août). Erythrose émotive importante.

Examen dentaire. — Deux dents extraites antérieurement : 4 BG, 6 BG., il y a deux et trois ans.

4 et 5HD, racines douloureuses ; 6BG, racine indolore ; 5HG, carie.

Gingivite tartrique légère.

Mlle B... a presque toujours froid aux pieds, même le soir au coucher.

Quelques trachéo-bronchites.

Séborrhée faciale importante, principalement au niveau du front et de l'extrémité du nez.

L'acné papulo-pustuleuse est survenue à l'âge de 13 ans. Elle siège à la face, avec un maximum temporo-frontal, où il y a des cicatrices d'acné nécrotique. Sur le thorax, les lésions sont sur-

tout intenses au niveau de la région interscapulaire, où les éléments et les cicatrices d'acné sont si abondants, qu'il n'y a plus entre eux aucun intervalle de peau saine.

A certaines époques, l'acné du visage était si importante, que Mlle B... n'osait se montrer en public, et craignait d'être défigurée à jamais.

L'acné n'a fait son apparition au cuir chevelu que depuis un an. Les éléments, nombreux, sont répartis sur toute la région du sommet, et en bordure du front et des tempes.

Avant et pendant les règles, il y a recrudescence de l'acné au niveau de la figure et du cuir chevelu.

Mlle B... a été soignée il y a deux ans à la consultation de l'hôpital Saint-Louis (lotion et piqûre des pustules avec une aiguille flambée), sans amélioration.

Au mois de janvier dernier, à la suite de troubles dyspeptiques, l'acné subit une nouvelle poussée et Mlle B... vint à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine. Elle fut soumise au régime ataraxique, et à la gymnastique respiratoire, qu'elle fit pendant environ un mois. Il y eut une amélioration légère de l'acné.

Nouvelle poussée aux mois de mai et de juin.

Traitement par le massage de la face, joint au régime des trois petits repas, suivi pendant un mois, et à la gymnastique respiratoire, faite pendant les mois de juin et juillet.

Après trois mois de massage presque quotidien (juin, juillet et août), il y eut une amélioration considérable, mais jamais guérison complète.

Le cuir chevelu, qui a toujours été un peu gras, l'est beaucoup plus depuis deux ans, c'est-à-dire depuis la puberté. La séborrhée est très importante. Les cheveux sont gras et onctueux, grais-

sant fortement les peignes et les doigts. La pression du cuir chevelu fait sourdre de nombreuses gouttelettes de graisse.

Hyperidrose importante du cuir chevelu et du front.

Vive dermalgie, surtout au sinciput. Mlle B... ne peut supporter pendant une heure le port d'un chapeau.

Prurit léger, particulièrement le matin.

Les éléments d'acné du cuir chevelu sont plus indurés, plus rouges et plus petits qu'à la figure. Ils n'aboutiraient jamais à la suppuration. Ils diminuent après le lavage et laissent après leur évolution, des îlots de squames grasses, adhérentes au cuir chevelu. Quelques fines pellicules.

Avant de perdre ses cheveux, Mlle B... a eu des céphalées, survenant plusieurs fois par semaine, le matin vers 10 heures et le soir au moment du coucher (à 10 h.) d'assez courte durée, un quart d'heure en moyenne. Le soir, Mlle B... est obligée de se bander la tête parce qu'elle souffre, et qu'elle ne pourrait dormir.

Les céphalées siègent au front et aux tempes. Elles sont fréquentes avant l'apparition des règles.

Les cheveux tombent beaucoup depuis un mois, dès le milieu du mois de septembre ; la dépilation quotidienne dépasse la cinquantaine.

La chevelure a diminué d'un quart environ. La repousse est peu importante. Les angles fronto-pariétaux se sont beaucoup accentués. Ils sont dépourvus de cheveux longs, et ne sont garnis simplement que de follets clairsemés.

Mlle B... fait tous les quinze jours un lavage à l'eau, au savon et au bois de Panama. Elle applique ensuite du rhum et de l'eau de Cologne. Le lavage fait cesser momentanément le prurit et tomber beaucoup de cheveux. La dépilation des jours suivants n'est pas sensiblement diminuée.

Traitement. — Observation plus stricte de la bradyphagie.

Les savonnages du cuir chevelu seront faits toutes les semaines.

Soins dentaires : application une fois par semaine de teinture d'iode, au moyen d'un tampon d'ouate.

Reprise du massage de la face.

Mercredi 19 octobre 1910. — Depuis un mois, Mlle B... a moins d'ennuis. La dépilation est un peu moins accentuée.

Traitement. — Suppression de la boisson au repas.

Prendre une demi-heure avant le repas trois quarts de verre de la solution :

Bicarbonate de soude	4 grammes
Citrate de soude	1 —
Eau.	1 litre

Massage du cuir chevelu, 3 fois par semaine, pendant dix minutes.

Extractions dentaires.

Jeudi 20 octobre 1910. — Augmentation légère de l'appétit.

Depuis une dizaine de jours, somnolence dans la matinée.

Le cuir chevelu, qui présentait auparavant une vive hypéresthésie, a été sensible au premier massage, surtout à cause de la présence de boutons d'acné. Il y a, après le massage, une forte réaction thermique et une dermalgie légère qui durent quinze à vingt minutes.

Le massage provoque une sudation légère et une exsudation séborrhéique importante.

Les céphalées, fréquentes le matin, diminuent d'intensité.

Le lundi 24 octobre 1910. — Période de constipation depuis trois jours.

Les règles sont imminentes.

Il y a depuis deux jours de violentes névralgies lombaires et abdomino-pelviennes, ayant nécessité le repos au lit.

Les pertes blanches sont toujours abondantes.

Pas de maux de tête.

Dans l'ensemble, les cheveux tombent encore abondamment, mais cependant un peu moins.

La séborrhée faciale est en régression notable.

Le 29 octobre. — Temps beau et chaud.

Température du cuir chevelu	31°
Température du cuir chevelu après massage de la face	32°1
— après massage léger du cuir chevelu . .	32°3

Le 2 novembre. — Temps froid.

Température du cuir chevelu après massage de la face	29°
— après massage du cuir chevelu	31°4

Quelques lentes. Interruption pendant huit jours du massage du cuir chevelu.

Traitement. — Applications vinaigrées, et lotions avec une solution de sublimé.

Le 25 novembre. — Le massage a été repris depuis quelques jours.

Avant tout massage, température du cuir chevelu. .	31°2
Après massage de la face, température du cuir chevelu.	32°4
Après massage léger du cuir chevelu	31°2 (1)

1. La faible température constatée vient de ce fait que la lecture n'a lieu qu'un quart d'heure après l'application du thermomètre. Le cuir chevelu, avait, ce jour-là, repris au bout de ce temps sa température d'équilibre.

A cette date, nous apprenons que Mlle B... a depuis environ un mois et demi (fin octobre), des soucis et des inquiétudes au sujet d'un projet de mariage.

Pendant cette période Mlle B..., bien portante, mangeait peu, mais avec appétit. Elle avait parfois de l'insomnie et des crises de larmes.

Le lundi 5 décembre 1910. — Dysménorrhée. Douleurs abdomino-pelviennes précédant les règles, qui sont imminentes.

Le dernier lavage de tête a eu lieu il y a trois jours. La séborrhée du cuir chevelu est aussi intense que huit jours après le lavage, quand Mlle B... n'est pas en période cataméniale.

Eruption de trois nouveaux éléments d'acné en bordure du front. Quelques éléments disséminés dans le cuir chevelu.

Augmentation, pendant cette période de règles, de l'hyperesthésie à la pression et au massage au niveau du sinciput. La dermalgie s'étend aux régions latérales du cuir chevelu. La nuque seule n'est pas sensible.

Après un mois et demi de massage fait tous les deux jours, on constate une diminution importante de la séborrhée; Mlle B... peut rester quinze jours sans faire de lavage de tête et au bout de ce temps la séborrhée n'est pas très considérable. Disparition du prurit. Dans l'ensemble, la dermalgie est moindre.

Persistance de quelques éléments d'acné.

Diminution de la dépilation. Repousse notable, principalement en bordure du front et aux angles fronto-pariétaux qui sont garnis de cheveux jeunes.

Traitement. — Deux fois par jour, un quart de cuillerée à café d'ovarine. Cette dose sera doublée au bout de quinze jours.

Le mardi 27 juin 1911. — Mlle B... revient après une absence d'environ six mois. Elle a grandi et engraissé. (Poids actuel : 56 kg.)

Elle a pris de l'ovarine en poudre pendant deux mois environ mais a cessé d'elle-même parce que les règles étaient devenues régulières et suffisantes.

Les règles étaient autrefois intermittentes (tous les deux ou trois mois) et insuffisantes. Elles ont été à peu près régulières les derniers mois de 1910 (septembre, octobre et novembre), mais encore très difficiles et insuffisantes. Elles n'ont été suffisantes que depuis le mois de décembre 1910 et depuis sont régulières et même abondantes.

Elles sont beaucoup moins douloureuses qu'autrefois. Les pertes blanches précédant les règles sont moins abondantes.

Le régime ataraxique est assez bien suivi.

L'inappétence persiste. Mlle B... éprouve avant le repas des crampes d'estomac, et après le repas du ballonnement, de la gastralgie, du hoquet, de la narcolepsie. Ces troubles sont rapidement dissipés.

La constipation persiste. Mlle B... prend tous les quinze jours une forte purgation d'huile de ricin. Elle recourt aussi fréquemment à des tisanes laxatives, tous les huit jours environ.

Mlle B... n'a plus d'insomnie.

Encore quelques maux de tête.

Depuis le mois de février, beaucoup moins de soucis et d'ennuis.

L'acné, qui était à peu près disparue à la face, a reparu peu après la cessation du massage, mais avec une intensité beaucoup moindre qu'au début.

Le maximum est toujours dans la région fronto-temporale, et il y a un nouveau centre important : le menton.

L'acné thoracique, encore considérable, est moins forte qu'au début.

La séborrhée faciale persiste, avec une moindre intensité, au niveau du front et des ailes du nez. Quelques comédons au niveau des sillons naso-géniens et labio-mentonnier.

L'état du cuir chevelu n'a *fait que s'améliorer*.

Les savonnages ont été faits irrégulièrement tous les huit ou quinze jours. Le dernier a eu lieu il y a cinq jours, le vendredi 23 juin.

Le prurit et la dermalgie ont complètement disparu.

La séborrhée, très intense, a été ramenée à un degré presque normal. Le cuir chevelu est peu gras. Il peut rester quinze jours et même davantage sans lavage.

Les cheveux agglutinés autrefois par la séborrhée sont secs, « fournissent » davantage, et ne s'applatissent plus.

Il n'y a plus d'hyperidrose, plus d'éruption acnéique au cuir chevelu.

Mlle B... supporte sans aucune difficulté le port prolongé d'un chapeau.

La dépilation est complètement enrayée. Il ne tombe plus que cinq ou six cheveux par jour.

La repousse est très accentuée. Les cheveux follets, apparents au dernier examen, ont grandi, et il en pousse beaucoup de nouveaux. Dans l'ensemble, la chevelure a épaissi d'un quart à un tiers.

Mlle B... a été revue au mois de juillet et au mois de novembre 1911. Du 15 au 30 septembre, crise appendiculaire suivie d'opération. Il n'y a eu aucune dépilation et la repousse s'est accentuée.

Observation 7 (personnelle)

Mlle H..., 25 ans, infirmière.

(9 juillet 1910. — 14 février 1911).

Dépilation.

Prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, crises thermiques.

Tachyphagie, polyphagie (pollakiphagie), polydipsie.

Gastralgie, ballonnement, fringales, constipation.

Dysménorrhée.

Nervosisme.

Séborrhée faciale et acné comedo.

Traitement. — *1° bradyphagie ; 2° rationnement ; 3° réduction des boissons ; 4° massage.*

Résultats. — *Diminution du prurit, de la dermalgie, de la séborrhée. Arrêt de la dépilation. Repousse.*

Disparition de la gastralgie, diminution du ballonnement, de l'érythrose, de la constipation.

9 juillet 1910. — Mlle H... vient consulter pour une dépilation diffuse datant de deux à trois ans.

Antécédents héréditaires. — Le père, mort, avait une belle chevelure blonde. La mère présente un degré important de pityriasis stéatoïde. Sa chevelure brune et grisonnante est très clairsemée.

Antécédents personnels. — Adénites dans l'enfance.

Mlle H... mange très vite, en sept à huit minutes, sans mastiquer. Elle mange ainsi dès l'enfance.

Elle boit plus d'un demi-litre d'eau par repas. Elle n'est pas picrophage. L'alimentation comprend peu de pain.

Mlle H... fait CINQ REPAS par jour :

Le matin à 8 heures, une tasse de café au lait ; à 10 heures, chocolat et pain ; à midi, déjeûner, viandes et légumes, café ; à 4 heures, chocolat et pain ; à 7 h. 1/2, dîner (légumes).

3 à 4 tasses de thé dans la journée et quelquefois une tasse de camomille le soir.

Mlle H... éprouve des FRINGALES qui l'obligent à faire d'aussi nombreux repas par jour.

Torpeur postprandiale, érythrose digestive ancienne, d'une durée d'une demi-heure à trois quarts d'heure, ballonement, narcolepsie. Crises gastralgiques. Constipation habituelle.

Mlle H... ne prend pas de lavements, quelquefois une cuillerée à café de sulfate de soude et des cachets eupeptiques.

Examen de l'estomac à jeun. — L'estomac descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au niveau de ce point, il y a une vive hyperesthésie à la pression, remontant à deux travers de doigt au-dessus et descendant jusqu'à un travers de doigt au-dessous.

Mlle H... habite Paris depuis cinq ans et exerce la profession d'infirmière garde-malade.

Les règles retardent habituellement de deux à trois jours, sont peu abondantes et non douloureuses.

Très nerveuse, elle éprouve souvent des battements de cœur au moment des émotions. Quelques soucis. Instabilité du caractère.

Séborrhée faciale importante, érythro-couperose. Acné comédo. Petit angiome frontal. Les cheveux tombent depuis deux ou trois ans.

La chevelure, peu longue, mais épaisse, a diminué de moitié.

Le prurit est important, surtout le matin, où les grattages sont particulièrement violents.

Pas de dermalgie; cependant le soir, Mlle H... est obligée de dénouer sa chevelure, sinon elle éprouve des céphalées.

Le cuir chevelu est presque constamment gras. Deux jours après le lavage, la séborrhée est aussi intense qu'auparavant.

Hyperidrose très marquée.

Mlle H... a constamment une *sensation de chaleur à la tête ;* le cuir chevelu est rosé, hyperthermique, et présente une vive érythrose passive.

Les cheveux sont courts et clairsemés au sinciput. Très peu de cheveux jeunes.

La dépilation oscille entre 0 gr. 11 et 0 gr. 21 par jour (147 cheveux pour ce dernier chiffre).

Mlle H... suit divers traitements :

1° Toutes les trois semaines, lavages à la camomille suisse. Tous les trois jours, depuis un mois, lotions avec tanin, arnica et rhum.

Lotions ammoniacales.

Depuis un an, Mlle H... brûle l'extrémité de ses cheveux sans résultat.

Traitement. — 1° Bradyphagie.

2° Lavages du cuir chevelu à l'eau et au savon de Marseille tous les quinze jours.

Les divers traitements chimiques précédemment employés sont supprimés.

13 juillet 1910. — Mlle H... s'est efforcée de manger plus lentement et de mastiquer soigneusement, sans y bien parve-

nir. Elle a réduit d'elle-même la boisson à deux verres, au repas, a supprimé le café, mais a conservé l'usage du thé.

Le ballonnement et la constipation sont moindres. Il y a eu une seule crise gastralgique.

Traitement. — Observation plus stricte de la bradyphagie. Rationnement. La réduction des liquides au repas sera continuée.

Le 18 juillet 1910. — La gastralgie post-prandiale est diminuée. L'érythro-couperose est moins forte ; le teint est plus frais.

Traitement. — Médication psychothérapique. Suppression de la boisson au repas. Mlle H... boira entre les repas à 4 heures et à 9 heures une tasse de thé léger ou de camomille chaude.

16 novembre 1910. — Mlle H... après une période de vacances passées à la campagne, revient en bonne santé.

Elle n'a suivi que partiellement les indications qui ont été données.

Il n'y a plus de crises gastriques douloureuses ; l'érythrose persiste, mais faible.

Lourdeur et ballonnement très diminués.

Les règles retardent de huit à dix jours, sont très peu abondantes; pendant cette période, Mlle H... est agitée et nerveuse.

Le lavage du cuir chevelu a été fait tous les quinze jours. L'usage des agents chimiques, employés avant la mise en traitement, a été repris.

Le prurit est en diminution. Plus marqué au moment des règles, il est moins intense qu'autrefois à pareille date.

Le cuir chevelu est moins gras. Quelques pellicules. Les cheveux tombent moins.

Il y a une repousse importante. Les cheveux sont beaucoup plus nombreux et beaucoup plus épais. L'augmentation en épaisseur est d'environ un tiers.

1er décembre 1910. — Période de surmenage. Stations debout prolongées. Mlle H... se plaint de pesanteur et d'engourdissement de la jambe gauche.

Depuis quinze jours massage de la face.

Après 10 séances de massage, la peau de la figure est moins grasse et les comédons sont en grande partie disparus.

Le massage de la face fait monter la température du cuir chevelu :

Température du cuir chevelu (sommet) avant massage de la face : 31°2.

Température du cuir chevelu (sommet) après massage de la face : 32°.

Traitement : A partir du *24 novembre*, massage du cuir chevelu tous les deux ou trois jours.

Température du cuir chevelu (sommet) avant massage : 31°2.

Température du cuir chevelu (sommet) après — : 32°.

26 décembre 1910. — Après un mois de massage du cuir chevelu tous les deux ou trois jours, la tête est beaucoup moins grasse, le prurit a presque totalement disparu.

14 février 1911. — Après la cessation du massage, il y a eu un léger prurit et la séborrhée est un peu plus marquée que pendant le massage.

La dépilation quotidienne est faible, une trentaine de cheveux environ. L'augmentation de la chevelure, précédemment obtenue, persiste.

Observation 8 (personnelle)

M^lle B..., 21 ans, giletière.

7 juin-27 octobre 1910.

Dépilation, dermalgie, séborrhée, hyperidrose.

Tachyphagie, polyphagie, polydipsie. Lourdeur, ballonnement, régurgitations, érythrose, narcolepsie, constipation. Migraines. Dysménorrhée. Confinement. Obésité. Œdèmes chroniques du front.

Au cours du traitement, surmenage, veilles et ennuis.

Traitement. — *1° Régime des trois petits repas bradyphagiques ;*

2° Régime ataraxique ;

3° Massage du front.

Résultats. — *Disparition de la dermalgie, de la séborrhée, de l'hyperidrose. Arrêt de la dépilation.*

Disparition des troubles digestifs, des migraines. Disparition des œdèmes chroniques frontaux. Diminution de l'obésité.

7 juin 1910. — M^lle B... vient nous consulter pour une dépilation diffuse.

Elle était depuis peu en traitement pour deux tuméfactions œdémateuses du front, datant de dix mois environ et survenues huit jours après l'apparition de violentes migraines. Il y a deux tuméfactions, une à droite, du volume d'un œuf de pigeon, une à gauche, moins volumineuse.

Antécédents héréditaires. — Le père, marchand de vins, alcoolique, a le teint pâle, les cheveux grisonnants.

Il a eu en 1909 une pleurésie, et depuis est atteint de tuberculose pulmonaire.

La mère, forte mangeuse, est obèse, acnéique et érythrosique. Ses cheveux grisonnants sont clairsemés.

Antécédents collatéraux. — Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 11 ans ; il y a deux ans, congestion pulmonaire, qui a duré un mois, et embarras gastrique d'une durée de deux mois.

Tachyphagie importante : les repas sont pris en un quart d'heure, sans bonne mastication. Polyphagie, polydipsie : trois verres de boisson par repas (vin et eau de Vichy). Mlle B... se met au travail immédiatement après le repas.

La digestion est difficile : lourdeur, ballonnement, régurgitations, constipation importante (8 à 9 jours, sans aller à la selle, si elle ne prend pas de médicaments).

Erythrose postprandiale.

Narcolepsie, très marquée, constante après le repas de midi. Mlle B... s'abandonne à ce moment au sommeil pendant dix minutes, et dans la journée à plusieurs reprises elle a encore envie de dormir.

Elle parle fréquemment pendant le sommeil.

Depuis dix mois environ, MIGRAINES QUOTIDIENNES, violentes, empêchant quelquefois le sommeil, apparaissant le matin au réveil, non influencées par les repas. D'intensité variable, elles sont plus fortes pendant deux ou trois jours à l'approche des règles (8 jours avant leur apparition).

Les règles sont irrégulières, en avance ou en retard de quatre à cinq jours, avec quelquefois de légères douleurs de reins.

Gingivite tartrique ancienne, importante au niveau des quatre incisives inférieures, et légèrement douloureuse.

Nervosisme, émotivité. Colères. Erythrose psychique. Cau-

chemars. (A l'âge de 11 ans, somnambulisme pendant 2 à 3 mois.)

Dermographisme vaso-moteur important, légèrement urticarien.

Réaction de Wassermann négative.

Mlle B..., giletière depuis un an, prend peu d'exercice. Elle est souvent fatiguée le soir. Depuis un an, elle a augmenté de 20 kilogrammes.

Poids actuel : 75 kilogrammes.

La dépilation ne s'est manifestée que peu de temps après l'apparition de migraines.

En moins d'un an, la chevelure (châtain foncé) a diminué de plus de moitié. La chute quotidienne, est en moyenne de 75 à 100 cheveux par jour. (Poids : 0 gr. 18.)

Pas de prurit.

Vive hyperesthésie à la pression, à l'emploi du peigne.

Mlle B... ne peut supporter le poids d'un chapeau, qui « appuie sur les yeux », et provoque des céphalées.

Séborrhée légère du cuir chevelu et du visage.

Hyperidrose localisée au cuir chevelu.

Crises thermiques perçues, principalement pendant la fatigue.

Traitement. — Régime des trois repas bradyphagiques.

Cure gingivo-dentaire.

Massage des deux saillies frontales.

17 juin 1910. — Le régime des petits repas est fait depuis dix jours; depuis trois jours, on a entrepris le massage du front.

Les digestions sont bonnes, les migraines ont disparu. Mlle B... a moins envie de dormir et est moins constipée. Les cauchemars ont diminué, et elle ne parle plus pendant le sommeil journalier.

11 juillet 1910. — Bon état digestif, sauf quand il y a écart de régime, absorption de vin pur, par exemple.

Amaigrissement important.

Il y a une plus grande facilité de travail, et il n'y a presque plus de narcolepsie.

L'érythrose post-prandiale a disparu. L'érythrose psychique persiste encore, mais faible.

Les migraines ont à peu près disparu. Il n'y a eu qu'une ou deux céphalées, à l'approche des règles.

Après vingt-quatre massages, les deux saillies frontales sont bien diminuées.

Les cheveux ne tombent plus depuis une dizaine de jours, ou en quantité insignifiante, quatre ou cinq seulement, cassés par le peigne.

Depuis quelques jours, M^lle^ B... a du surmenage, et de nombreux ennuis. Elle est obligée de veiller son père gravement malade. Elle se sent fatiguée, et a de nouveau des céphalées.

Traitement. — Mise au régime ataraxique ordinaire : Bradyphagie, rationnement, diminution de la boisson au repas (1/2 verre seulement) ; prise à 4 heures et à 9 heures d'un verre d'eau de Pougues ou de citronnade.

20 juillet. — Les veilles et les ennuis continuent.

Les céphalées persistent, moins fortes que précédemment.

Le massage, fait en bordure du front, soulage et fait disparaître la migraine.

Les saillies frontales, après une période stationnaire, recommencent à diminuer.

12 août 1910. — M^lle^ B... s'est absentée à cause de la mort de son père. L'hygiène digestive a été négligée.

Le visage est pâle, l'érythrose faciale a complètement disparu.

Les deux tuméfactions frontales sont aplaties et tendent à se confondre en une seule.

Les céphalées persistent, et les cheveux recommencent à tomber.

Traitement. — Observation stricte du régime ataraxique.

Reprise du massage frontal.

27 octobre 1910. — Le massage a été repris irrégulièrement pendant la fin du mois d'août, puis cessé.

Les conditions de fortune et d'existence ont changé depuis la mort du père. Mlle B... est maintenant blanchisseuse, exposée à la vapeur et à la chaleur du feu et du fer. Elle travaille davantage et le métier est plus fatigant.

Les digestions sont bonnes. Il n'y a plus d'érythrose et de migraines.

Amaigrissement de 10 livres.

La séborrhée a complètement disparu.

Le cuir chevelu est plutôt sec. Mlle B... est parfois obligée de le lubrifier.

La dépilation a cessé pendant le mois d'août. A la fin de ce mois et pendant le mois de septembre, il y a eu une dépilation légère, passagère, puis la chute s'est de nouveau arrêtée.

Observation 9 (personnelle).

Mlle B..., 16 ans, couturière.

22 juillet 1910-21 mai 1911.

Dépilation diffuse. Crises de prurit, dermalgie, pityriasis circiné marginé. Grande séborrhée huileuse du cuir chevelu. Crises thermiques.

Tachyphagie. Abus des purgatifs.

Lourdeur, ballonnement, érythrose, narcolepsie, pyrosis, fétidité de l'haleine, constipation.

Névralgies, céphalées. Troubles de calorification.

Ménorragies, pertes blanches.

Syndrome basedowien fruste.

Surmenage, sédentarité, confinement.

Séborrhée faciale et acné micro-papuleuse.

Traitement. — *Bradyphagie, suppression des purgatifs.*

Massage et mobilisation du cuir chevelu.

Chimiothérapie.

Gymnastique musculaire et respiratoire.

Résultats. — *Disparition du prurit, de la dermalgie, du pityriasis. Diminution de la séborrhée et de la dépilation, puis statu quo.*

Diminution de la constipation. Disparition des autres troubles digestifs.

22 juillet 1910. — Mlle B... vient consulter pour une dépilation ancienne, notablement accentuée depuis deux ans.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort.

Pendant la grossesse, la mère eut à souffrir de misère et d'ennuis. Elle est en traitement auprès de nous pour une dépilation diffuse (obs. 2).

Antécédents collatéraux. — Un frère en traitement pour du pityriasis simplex.

Antécédents personnels. — Maladive pendant l'enfance, a eu à 3 mois une bronchite, et a toussé jusqu'à l'âge de 8 ans, surtout l'hiver. Coqueluche. Rougeole et variole. *Réglée à 13 ans 1/2.* A l'heure actuelle, c'est une jeune fille de taille moyenne, mince et grêle. Elle dit se bien porter depuis un an.

Elle travaille en atelier depuis deux ans, onze heures par jour.

Tachyphage, elle consacre moins d'un quart d'heure au repas de midi et un peu plus de ce temps au repas du soir. Ni polyphage, ni picrophage. Un verre d'eau rougie par repas, et de temps en temps après le repas, une tasse de camomille.

L'alimentation est surtout végétarienne.

Après le repas, M^lle B... se sent lourde, ballonnée, fatiguée. Erythrose postprandiale pendant une demi-heure à une heure. Narcolepsie, pendant une heure à une heure un quart. Pyrosis. Fétidité de l'haleine (nulle lésion dentaire).

Constipation importante. M^lle B... ne va à la selle que par laxatifs.

Les règles avancent de huit à douze jours, durent quatre jours environ. Elles sont abondantes, non douloureuses. Beaucoup de pertes blanches.

Corzya chronique. M^lle B... a appliqué d'elle-même depuis deux mois le traitement prescrit par nous à son frère (lavages quotidiens intra-narinaires d'eau salée chaude). Depuis, elle respire plus facilement, ne dort plus la bouche ouverte ; les sécrétions nasales sont moins abondantes.

Trachéo-bronchites fréquentes pendant l'hiver.

Depuis trois mois, névralgies à la main droite, à l'épaule, à la plante des pieds, à la ceinture. M^lle B... a dû prendre un repos de trois jours.

Nervosisme. Colères, vive érythrose psychique. Céphalées prémenstruelles.

Le corps thyroïde est un peu volumineux. Les yeux sont légèrement saillants.

Le visage est très séborrhéique. Les ailes du nez et les sillons naso-géniens sont particulièrement gras et huileux. Quelques comédons et boutons d'acné.

M^lle B... vit dans une atmosphère confinée et prend peu d'exercice.

La dépilation, ancienne, s'est beaucoup accrue depuis deux ans, peu après l'établissement de la menstruation. M^lle B... porte depuis un an un « crêpon » sur le vertex.

Ce sont surtout les cheveux longs qui tombent. La chevelure, blond cendré, a beaucoup diminué en longueur et en épaisseur, et est actuellement faible.

Le taux de la dépilation est élevé et à peu près stationnaire. M^lle B... a compté *500* cheveux tombés pendant la toilette le lendemain d'un lavage de tête.

Prurit important. Une dizaine de crises par jour. Il est suspendu quelques jours par le lavage.

Légère dermalgie au sinciput.

Quelques pellicules.

Séborrhée considérable. Quelques jours après le lavage, les cheveux sont aussi gras qu'auparavant.

Le cuir chevelu est rosé, hypotonique.

Erythrose passive.

Depuis sept mois, M^lle B... fait tous les huit jours un lavage du cuir chevelu à l'eau et au savon de Marseille.

Elle a employé trois fois, sur des conseils étrangers, un lavage à l'eau additionnée d'un jaune d'œuf.

Traitement. — Ataraxie digestive : bradyphagie, suppression des laxatifs et des purgatifs, remplacés par des lavements d'un demi-litre d'eau salée.

Continuation des lavages hebdomadaires du cuir chevelu.

1^er août. — La bradyphagie n'a été que partiellement observée.

La durée du repas a été portée à vingt-cinq minutes.

Les règles sont imminentes.

Coryza depuis plusieurs jours.

La lourdeur et l'érythrose post-prandiales sont moindres ; il n'y a plus de narcolepsie.

A la suite de la suppression des laxatifs, Mlle B... est restée huit jours sans aller à la selle. Les derniers lavements seuls ont été efficaces.

Il y a eu, à l'approche des règles, des céphalées pendant trois jours (du 26 au 29 juillet).

Il n'y a pas eu de lavage du cuir chevelu depuis dix jours à fin d'examen. Les cheveux sont particulièrement gras au voisinage de la racine.

Traitement. — Reprise des lavages intra-narinaires.

Massage de la face contre la séborrhée et l'empâtement facial.

8 août 1910. — Malgré une application encore imparfaite du régime, la constipation est diminuée ; les autres troubles digestifs ont disparu.

Prurit et séborrhée sans changement par rapport au dernier examen

On note à la nuque une plaque de pityriasis circiné marginé.

13 octobre 1910. — Bon état digestif.

Le prurit est très diminué.

Très peu de pellicules.

La séborrhée est en augmentation légère.

La dépilation, stationnaire au début des vacances, tend à augmenter depuis trois semaines.

30 octobre 1910. — Coryza chronique. Quelques pertes blanches.

L'application du régime ataraxique a été plus stricte.

La constipation diminue.

La séborrhée, diminuée par rapport au début du traitement, est stationnaire. La séborrhée faciale a presque totalement disparu.

Traitement. — Massage quotidien du cuir chevelu.

12 décembre 1910. — Depuis quinze jours, coryza, grippe, aphtes, céphalée, constipation légère; Mlle B... a dû prendre trois jours de repos.

Le massage du cuir chevelu, pratiqué pendant un mois, a été cessé depuis onze jours.

Le massage a fait disparaître le prurit.

La dermalgie, légère, a été peu modifiée.

La séborrhée est très diminuée.

Il n'y a plus de pellicules.

L'hyperémie congestive est encore manifeste, de même que l'érythrose passive.

La dépilation a été un peu plus forte pendant le massage. Elle est moindre depuis la cessation du massage.

Il y a de nombreux cheveux de repousse.

La chevelure s'est allongée en arrière d'environ 5 centimètres

Application le soir tous les deux jours de la lotion :

Soufre précipité Alcool à 90°	}	ââ 10 grammes
Eau distillée Eau de roses	}	ââ 50 grammes

Continuation du massage du cuir chevelu.

Gymnastique respiratoire.

19 décembre 1910. — La lotion soufrée a été appliquée, mais le massage a été suspendu.

Disparition du prurit et de la dermalgie, diminution de la séborrhée. La dépilation a été un peu moins élevée.

Le soufre rend les cheveux ternes et poussiéreux. Son attention ayant été attirée sur ce point, Mlle B... a remarqué qu'elle avait fréquemment le soir une sensation de chaleur au sinciput (thermesthésie).

Traitement. — Les particules de soufre seront enlevées le matin par un nettoyage à l'aide d'une lotion alcoolique.

15 janvier 1911. — Constipation légère.

Le froid des pieds est habituel. La thermesthésie du cuir chevelu persiste.

Depuis deux semaines, céphalées pendant plusieurs jours.

La séborrhée et la dépilation sont en légère décroissance.

10 janvier		0 gr. 20	212 cheveux
11	—	0 gr. 25	264 —
12	—	0 gr. 17	186 —
13	—	0 gr. 27	240 —
14	— (lavage)	0 gr. 50	423 —
15	—	0 gr. 20	174 —

Traitement. — Application pendant huit jours de la lotion :

Polysulfure de potassium. . . .	5 grammes
Teinture de benjoin	10 —
Eau distillée.	250 —

Traitement biothérapique du froid des pieds.

19 février 1911. — Constipation légère. Quelques céphalées.

Mlle B... est actuellement exposée, pendant son travail, à la chaleur d'un poêle. A la fin de la journée, elle éprouve, à la face et au sinciput, une vive sensation de chaleur, accompagnée de BATTEMENTS au sinciput.

Le polysulfure jugé, peu dégraissant, a été remplacé, au bout de huit jours, par la lotion soufrée précédente.

Le prurit a totalement disparu. Séborrhée et dépilation stationnaires.

Traitement. — Reprise du massage, mobilisation. Suppression de la lotion soufrée.

Le 16 mars 1911. — Le froid des pieds est moins intense.

Constipation légère. Mlle B... prend un laxatif tous les deux jours.

Névralgies et avulsion dentaires.

Mlle B... est bien portante et moins frileuse.

L'hyperthermie du cuir chevelu accompagnée de thermesthésie est manifeste dès le réveil.

La séborrhée est encore importante. Les cheveux englués se prêtent difficilement à tout artifice de coiffure.

La dépilation, moins forte pendant la fin du mois de février, est de nouveau stationnaire.

Traitement. — Lotions tous les soirs avec :

Eau de Cologne.	100 grammes
Liqueur d'Hofmann	50 —
Teinture d'iode.	XV gouttes

Le 21 mai 1911. — La constipation est presque nulle, les céphalées très espacées.

Les règles sont aussi fréquentes et aussi abondantes. Autant de pertes blanches.

Conjonctivite depuis trois semaines.

La veille quelques palpitations.

Il n'y a plus ni prurit, ni pityriasis. La sensation de battement a disparu au sinciput, mais la thermesthésie persiste.

La séborrhée est en diminution importante. La dépilation est faible. Il y a de nombreux cheveux de repousse.

Observation 11(personnelle) (1)

R..., étudiant, 24 ans.

4 mars 1910. — Juillet 1911.

Dépilation (calvitie au début).

Prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, crises thermiques, érythrose passive.

Tachyphagie, polyphagie, polydipsie, picrophagie.

Erythrose, ballonnement, pyrosis, narcolepsie, lourdeur et impossibilité de travail pendant quatre heures après le repas. Pertes de mémoire. Hyperesthésie épigastrique. Dilatation gastrique. Prurit anal. Urticaire.

Nervosisme. Eréthisme génital, onychophagie. Troubles de calorification.

Vices de réfraction. Asthénopie accommodative. Obésité.

Traitement. — *Régime ataraxique.*

Massage du cuir chevelu.

Correction des vices de réfraction.

Gymnastique musculaire et respiratoire.

Résultats. — *Disparition du prurit, de la dermalgie, de l'hyperidrose, des crises thermiques. Diminution de la séborrhée et de l'érythrose passive. Arrêt de la dépilation. Repousse et conservation de la chevelure.*

Disparition de tous les troubles digestifs et oculaires

1. L'obs. 10 a été publiée p. 39.

Plus grande facilité de travail.

Disparition de l'obésité.

Le 4 mars 1910. — R..., étudiant, vient consulter pour la chute des cheveux.

Antécédents héréditaires. — Le père, fort mangeur, autrefois obèse, éthylique et érythosique, est aujourd'hui atteint de cirrhose du foie. Il possède encore une belle chevelure noire.

La mère, cardiaque, est morte à l'âge de 41 ans. Elle avait aussi une belle chevelure.

Antécédents collatéraux. — Un frère, âgé de 18 ans, bien portant.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Présente depuis l'enfance un degré important d'obésité. Léger amaigrissement depuis trois mois.

Viciations digestives anciennes. Tachyphagie : R... ne consacre qu'un quart d'heure à vingt minutes à chaque repas ; picrophagie ; polydipsie légère (3 verres de bière ou d'eau minérale).

R... était autrefois polyphage.

Après le repas, R... est mal à l'aise. Il a une vive érythrose et se plaint de lourdeur de tête. Il lui semble avoir « un rideau devant les yeux », et à ce moment, la mémoire lui fait défaut. Le travail intellectuel, la lecture même est impossible, au moins *pendant trois heures après* le déjeuner.

La narcolepsie est peu accentuée à Paris. Pendant les vacances, à la campagne, R... dort habituellement après le repas.

Pyrosis. Pas de constipation.

Ballonnement, autrefois très important : bouffissure des paupières et larmoiement après le repas.

L'ingestion de charcuterie et de mets épicés provoque des poussées eczématiques aux cuisses et du prurit anal.

Examen de l'estomac à jeun, en position couchée. — La limite inférieure de l'estomac se trouve à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Il y a à ce niveau une légère hyperesthésie à la pression. L'hyperesthésie est très marquée au niveau de l'épigastre.

M. R... est nerveux, impulsif, coléreux. Les points sus-et et sous-orbitaires, incisif et sous-maxillaire, sont plus douloureux à la pression du côté gauche.

Eréthisme génital. Onychophagie. Le travail cérébral, important il y a deux ou trois ans, est actuellement modéré.

Craquements articulaires.

Examen dentaire : 2 dents cariées, 6 BG, 6 HG.

5 BD extraite antérieurement.

Corps thyroïde un peu volumineux, et d'après R..., sujet à des variations de volume.

Les pieds sont constamment froids.

Pharyngite chronique.

Expectoration matutinale grisâtre.

Veilles habituelles. R... qui dormait autrefois pendant dix heures ne dort plus que pendant six heures. Le travail du soir est très pénible, presque impossible.

La dépilation a été précédée par des démangeaisons, constatées depuis une dizaine d'années. Le prurit a été particulièrement intense il y a trois ans, pendant une période de surmenage. Il persiste avec une intensité moyenne.

Hyperesthésie très marquée au sinciput, surtout le matin.

Crises thermiques fréquentes. Erythrose passive.

La séborrhée et l'hyperidrose importantes se sont manifes-

tées depuis huit ans. Le cuir chevelu est très gras, empâté et inélastique.

Quelques pellicules.

La dépilation apparue il y a sept ou huit ans, après le prurit et la séborrhée, n'a fait que progresser. La chute quotidienne dépasse de beaucoup la cinquantaine.

Les angles fronto-pariétaux sont dégarnis ; la limite du front recule progressivement. La région du sinciput est clairsemée (Calvitie vulgaire au début.)

R... pratique tous les mois un savonnage.

Traitement : régime ataraxique ; bradyphagie, rationnement ; diminution de la viande, de la quantité des boissons (un verre et demi d'eau rougie par repas) suppression des épices.

Savonnages du cuir chevelu tous les quinze jours.

22 juin 1910. — Le régime a été exactement suivi.

Quelques ennuis et préoccupations.

Grande amélioration au point de vue digestif.

Suppression de l'érythrose, de la lourdeur postprandiale, de la narcolepsie. Diminution de la période d'inaptitude au travail. Les troubles de la vue sont moins accentués, et les pertes de mémoire durent moins longtemps.

Il n'y a pas eu de prurit anal.

Amaigrissement de plusieurs kilogrammes.

Régression de la séborrhée et de l'hyperidrose.

Diminution importante du prurit et de la dermalgie.

La dépilation n'est plus que d'une vingtaine de cheveux par jour environ.

Repousse importante, surtout visible dans la région du sommet, et aux angles fronto-pariétaux. Il y a une couronne de che-

veux nouveaux en bordure du front et des tempes, autrefois dégarnies.

Traitement : Massage quotidien du cuir chevelu, pendant dix à quinze minutes, exécuté par Mme L..., masseuse du service.

23 juin 1910. — Premier massage.

Avant le massage, par temps chaud, la température du cuir chevelu est de 31°2.

Après un massage de dix minutes environ, elle est de 32°.

Après le massage, M. R... éprouve une forte sensation de chaleur, puis une sensation de bien-être et de décongestion qui a persisté pendant près de deux heures.

24 juin 1910. — Température du cuir chevelu une heure un quart après le repas de midi : 31°4 ; après massage du cuir chevelu (10 minutes) : 31°8.

28 juin 1910. — Ecart tachyphagique. Polydipsie.

Somnolence et lourdeur postprandiale. Impossibilité de travailler ayant duré jusqu'à 4 h. 1/4.

6 juillet 1910. — Veilles et excès sexuels pendant deux jours.

Le massage a été suspendu pendant trois jours.

Le cuir chevelu est un peu plus gras qu'au dernier examen. Les cheveux qui tombaient peu, sont tombés davantage, après le dernier massage, une centaine, au lieu d'une vingtaine, chiffre habituel.

Le massage a été pratiqué de façon à peu près régulière pendant quinze jours.

L'amélioration porte surtout sur le prurit et la dermalgie très diminués. La séborrhée persiste à un degré faible.

Presque plus de pellicules.

La dépilation, à part l'augmentation passagère signalée plus haut, est restée faible : 20 à 25 cheveux par jour.

Traitement : Pendant les vacances, R... pratiquera lui-même le massage du cuir chevelu.

Octobre 1910. — Pendant les vacances, R... a négligé son régime et a repris un peu d'embonpoint.

Aucun massage du cuir chevelu n'a été fait.

Même état du cuir chevelu et de la dépilation. Nulle amélioration nouvelle.

Traitement. — Reprise de l'hygiène digestive. Correction des vices de réfraction. Gymnastique musculaire et respiratoire.

Juillet 1911. — R... suit les conseils d'hygiène digestive qui lui ont été donnés.

Les vices de réfraction : myopie et astigmatisme ont été corrigés. R... porte habituellement des lunettes.

L'érythrose postprandiale, le larmoiement, les pertes de mémoire après les repas, la sensation de voile devant les yeux, les éructations ont totalement disparu. Le ballonnement est considérablement diminué.

La narcolepsie est faible et intermittente.

La lourdeur postprandiale avec impossibilité de travailler ne dure plus qu'une heure au lieu de quatre. La lecture après le repas, d'impossible qu'elle était, est devenue possible

Les aliments épicés et la charcuterie, qui provoquaient régulièrement du prurit anal et de l'urticaire, n'en provoquent plus que très rarement, et les poussées pruritiques et urticariennes sont beaucoup moins fortes.

Le nervosisme est diminué. R... est plus calme et moins colérreux. Il a une plus grande facilité de travail.

L'éréthisme génital a disparu. L'appétit sexuel est modéré.

Les troubles de calorification (froid des pieds) ont disparu.

La sudation générale est moindre.

R... a perdu plusieurs kilogrammes de son poids et n'est plus obèse. Il est plus alerte et a moins de dyspnée d'effort.

L'amélioration du cuir chevelu s'est encore accentuée.

Il n'y a plus de prurit. La dermalgie, très diminuée, n'existe que d'une façon passagère. Nulle hyperesthésie à la pression et au plissement du cuir chevelu.

Les crises thermiques ont disparu. L'érythrose passive est diminuée.

La séborrhée est très faible. Elle n'apparaît que plusieurs ours après le lavage de tête.

Malgré les fortes chaleurs estivales, il n'y a pas d'hyperidrose notable.

Le cuir chevelu est très souple, la mobilisation active, facile.

La dépilation est normale et stationnaire depuis près d'un an. Elle est quotidiennement, d'une dizaine à une vingtaine de cheveux. Le lavage l'augmente peu.

Les cheveux sont fins, soyeux et solides. Il y a de nombreux chveux jeunes, principalement aux angles fronto-pariétaux regarnis, en bordure du front et au sinciput.

Ainsi, depuis un an déjà, après quelques mois de traitement bio-kinétique, la calvitie de R... peut être considérée comme enrayée et, dans une certaine mesure, réparée.

Observation 12 (personnelle).

M^me^ D..., ménagère, 25 ans.

20 juin 1910. — 8 août 1910.

Dépilation.

Séborrhée, pityriasis stéatoïde, crises thermiques, érythrose passive.

Tachyphagie, polyphagie, éthylisme.

Érythrose, lourdeur, narcolepsie, pyrosis, nausées, migraines, constipation.

Dysménorrhée.

Nervosisme, rêves, somnambulisme, érythrose psychique.

Troubles visuels.

Obésité.

Traitement. — *Ataraxie digestive.*

Résultats. — *Disparition de tous les troubles digestifs.*

Disparition de la séborrhée. Transformation du pityriasis stéatoïde en pityriasis sec. Arrêt de la dépilation. Repousse.

Diminution du nervosisme, disparition des accès de somnambulisme.

Diminution de l'obésité.

Le 20 juin 1910. — Mme D... vient consulter pour la chute des cheveux.

Antécédents héréditaires. — Le père éthylique, la mère obèse, possédent encore une belle chevelure, mais blanche.

Antécédents collatéraux. — Une sœur, morte d'une maladie de cœur à l'âge de 29 ans.

Un frère aîné, obèse, présente de la dépilation diffuse.

Antécédents personnels. — Mme D..., bien portante dans l'enfance, est mariée depuis sept ans, et a un enfant âgé de 6 ans. Il y a trois ans, entérite aiguë.

D'assez grande taille, obèse, elle pesait à 18 ans, 82 kilogrammes. Il y a deux ans et demi, elle a obtenu un amaigrissement sensible par l'exercice et les bains de vapeur. Elle pèse actuellement 75 kilogrammes, et est encore obèse. Malgré l'apparence d'une santé florissante, elle dit se porter très mal. Elle

se fatigue rapidement, se plaint de faiblesse générale et d'hyperidrose de la face et des mains.

Mme D... a été employée de commerce jusqu'à l'âge de 22 ans. Elle prenait alors ses repas en cinq minutes. Elle n'y consacre aujourd'hui que quelques minutes de plus. Elle est polyphage et prend parfois des boissons alcooliques.

Après le repas, Mme D... est très rouge, écarlate. Le nez, les joues, le cou, sont rouges et brûlants. Les yeux sont injectés, comme après une crise de larmes.

Lourdeur, narcolepsie pendant dix minutes à un quart d'heure, pyrosis, nausées, céphalées post-prandiales presque quotidiennes. Constipation très importante. Mme D... est restée plusieurs fois douze et treize jours sans aller à la selle.

Mme D... a des règles peu abondantes, non douloureuses, durant trois jours. L'érythrose serait, pendant cette période, moins considérable.

Mme D... est impressionnable. Crises de larmes. Erythrose émotive importante. Rêves fréquents. Somnambulisme. Séborrhée faciale.

Hyperkératose plantaire douloureuse.

Faible acuité visuelle. Mouches volantes lors de la fixation prolongée d'un objet.

La chute des cheveux a commencé il y a six ans, à la suite de la grossesse. Depuis cette époque, la chevelure a diminué de moitié. Les cheveux, châtain clair, sont gros et secs jusqu'au voisinage de leur racine. La dépilation est composée de cheveux courts et grêles et de cheveux longs trichoptilosés. Quelques cheveux blancs.

La dépilation est plus forte pendant l'été. Dans cette saison, Mme D... prend des bains de rivière, sans protéger sa chevelure.

Ni prurit, ni dermalgie.

Séborrhée du cuir chevelu, surtout marquée au sinciput.

Quelques squames jaunâtres de pityriasis stéatoïde.

Erythrose passive nette. Crises thermiques fréquentes.

Température médio-céphalique, en dehors des crises thermiques : 30°3.

Mme D... fait tous les mois un lavage à l'eau et au savon. Elle a employé sans résultat diverses spécialités contre la chute des cheveux.

Traitement. — Régime ataraxique : bradyphagie, rationnement ; diminution de la viande (une seule fois par jour) ; suppression des boissons alcooliques ; suppression des laxatifs.

Lavages du cuir chevelu tous les quinze jours.

Jeudi 23 juin 1910. — Mme D... a mangé lentement, en une demi-heure, en faisant attention à la mastication, et s'est rationnée.

Les laxatifs ont été supprimés.

Mme D... est beaucoup plus à l'aise après le repas.

Il n'y a pas eu d'érythrose post-prandiale et de narcolepsie. Constipation pendant cinq jours, et, à la suite, quelques céphalées.

Le 4 juillet 1910. — Les règles, qui viennent d'avoir lieu, ont été normales et suffisantes, plus abondantes qu'autrefois.

Veilles et ennuis.

L'amélioration digestive se poursuit. Il n'y a plus de constipation.

L'érythrose post-prandiale et émotive est très diminuée.

Le sommeil a été plus calme sauf pendant deux nuits entrecoupées de rêves et d'accès de somnambulisme.

Mme D... est moins essoufflée, plus vive et plus alerte.

La dépilation est en diminution légère.

Le 13 juillet 1910. — Poids 79 kg.200. Mme D... a engraissé. Elle engraisse habituellement l'été, lors du séjour annuel à la campagne. L'érythrose post-prandiale a complètement disparu.

Encore un léger degré d'érythrose émotive plus fréquente à gauche.

Il n'y a plus de constipation et de céphalées.

La fatigue matutinale a disparu.

Le sommeil est meilleur. Il n'y a eu aucun accès de somnambulisme. Encore quelques rêves. Mme D... n'a plus au réveil le teint terreux et jaunâtre.

La dépilation quotidienne, du 3 au 13 juillet a été de 0 gr. 28 en moyenne (70 à 80 cheveux par jour). Elle est stationnaire depuis le dernier examen.

Le 20 juillet 1910. — État digestif satisfaisant.

Le somnambulisme a complètement disparu.

La dépilation du 13 au 20 juillet est en diminution très notable, de plus de moitié, par rapport à la semaine précédente (moyenne quotidienne 0 gr. 11).

Lundi 1er août.— Poids 74 kg. 500, en diminution de 5 kilogrammes environ. Période précataméniale.

Le lavage de tête a été fait il y a cinq jours.

Hyperesthésie et prurit légers le lendemain du lavage, ayant duré trois jours.

Mme D... a remarqué que les cheveux tombent peu le jour du lavage, et davantage à partir du surlendemain. Ils sont alors plus secs et s'emmêlent facilement.

Les cheveux ne sont gras qu'au voisinage de la racine sur une longueur de 2 à 3 centimètres. La séborrhée ne reparaît que

dix jours environ après le lavage. Dès lors les cheveux sont plus souples et la coiffure plus facile.

Squames stéatoïdes moins abondantes.

Traitement. — Application d'huile antique après le lavage.

8 août 1910.— Les règles, survenues la semaine précédente, ont été peu abondantes.

Bon état digestif.

Pas de prurit.

La séborrhée, très réduite, est devenue normale. Les pellicules, rares, siègent surtout à la nuque. Elles sont plus fines, moins jaunâtres et moins stéatoïdes.

La dépilation est très diminuée. Les cheveux ne tombent presque plus. Mme D... prend des bains de rivière qui emmêlent la chevelure et la dépilation comprend surtout des cheveux arrachés et brisés lors de la toilette.

Il y a de nombreux cheveux fins de repousse.

Observation 13 (personnelle).

Mme D..., 30 ans, ménagère.

20 juillet-12 août 1910.

Dépilation.

Prurit, dermalgie, séborrhée, hyperidrose, crises thermiques.

Tachyphagie, polyphagie, polydipsie, picrophagie, caféisme

Erythrose post-prandiale, couperose. Séborrhée faciale.

Lésions dentaires.

Pertes blanches.

Nervosisme.

Traitement. — *Régime ataraxique.*

Diminution de l'érythro-couperose.

Disparition de la dermalgie.

Résultats. — *Diminution du prurit, de la séborrhée, des crises thermiques. Arrêt de la dépilation.*

20 juillet 1910. — Mme D... vient consulter pour une dépilation ancienne, aggravée depuis sept ans.

Antécédents héréditaires. — La mère, âgée de 66 ans, est obèse, érythrosique, et atteinte d'une maladie de cœur. Sa chevelure, autrefois importante, est aujourd'hui blanche et clair-semée.

Le père, mort à 57 ans, de congestion pulmonaire, avait une belle chevelure.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs, une ne possède qu'une chevelure peu abondante.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, mariée à 18 ans 1/2. A 23 ans grossesse et accouchement normal.

Tachyphagie. Mange en une demi-heure, sans faire attention à la mastication. Polydipsie (4 à 5 verres de boisson par repas). Polyphagie et picrophagie. Caféisme (3 à 4 tasses de café fort par jour). Lecture après le repas.

Aucun trouble digestif, sauf de l'érythrose, plus accentuée au moment des règles. Il y a déjà au niveau des deux pommettes un léger degré de couperose.

Une molaire extraite antérieurement. Plusieurs dents cariées.

Examen de l'estomac à jeun en position couchée. — La limite inférieure se trouve au niveau de l'ombilic. Nulle sensibilité en aucun point de l'abdomen.

Mme D... est bien réglée. Les règles durent six à sept jours, sont abondantes les premiers jours seulement et non douloureuses. Quelques pertes blanches l'hiver dernier.

Mme D... est très nerveuse, impressionnable, a de temps en temps des crises de colère.

Mme D... fait beaucoup de sport (bicyclette, canotage, natation). Sa taille est mince et élancée.

La dépilation ancienne a été plus forte un mois après l'accouchement il y a sept ans.

La chevelure est châtain foncé. Elle n'a jamais été très fournie. Les cheveux fins descendent au voisinage de la taille.

La dépilation quotidienne est d'environ une centaine. Elle augmente l'été, pendant le séjour à la campagne.

La chevelure a diminué d'environ un quart.

Depuis un an, Mme D... porte un « crêpon » volumineux au niveau du sinciput et ressent à la suite du port prolongé de ce postiche, une vive sensation de chaleur. Hyperthermie du cuir chevelu, perceptible à l'application de la main.

Température du cuir chevelu après examen et interrogatoire: 32°4.

Mme D... dit ne pas éprouver de prurit, cependant, on note sur le cuir chevelu des excoriations produites par le grattage.

Hyperesthésie à la pression du cuir chevelu et au simple contact.

Le cuir chevelu est gras, les cheveux sont huileux et collés par la sécrétion séborrhéique. — Légère hyperidrose.

Quelques squames de pityriasis.

Quelques cheveux jeunes et courts, en bordure du cuir chevelu et au niveau des angles fronto-pariétaux.

Mme D... fait toutes les six semaines un lavage de tête, au savon noir le plus souvent.

Traitement. — Régime ataraxique bradyphagie, rationnement, diminution des boissons (1 verre d'eau rougie par repas) et du café (une seule tasse par jour).

Savonnages du cuir chevelu tous les quinze jours.

Le 29 juillet 1910. — Mme D..., depuis que son attention a été attirée sur ce point, a noté quelques démangeaisons fugaces au moment de la toilette, et dans la soirée.

Le 5 août 1910. — Le dernier lavage a été fait le 1er août.

Le régime ataraxique a été à peu près suivi.

Les démangeaisons ont été moins fréquentes.

La dépilation, encore importante le jour du lavage (0 gr. 25), est moins forte que précédemment lors de la même manœuvre.

La dépilation des autres jours a été faible (0 gr. 02 à 0 gr. 09).

Traitement. — Suppression de la viande au repas du soir.

Le vendredi 12 août. — Très bon état digestif. Augmentation de l'appétit.

L'état de santé est meilleur que l'été précédent.

La dermalgie a disparu.

Le prurit est presque nul.

La séborrhée est très diminuée.

On note au voisinage de l'oreille gauche une plaque de pityriasis au début.

La dépilation est faible. Quelques cheveux fins en repousse.

Observation 14 (personnelle).

Mme Bl..., 35 ans, ménagère.

1er juillet-9 août 1910.

Dépilation.

Prurit. Pityriasis sec et stéatoïde.

Tachyphagie, picrophagie, repas à heures irrégulières, caféisme.

Dyspepsie.

Lésions dentaires.

Nervosisme. Rêves. Migraines. Érythrose psychique. Surmenage.

Ménorragies. Pertes blanches.

Paludisme.

Traitement. — *Régime ataraxique.*

Bains et injections vaginales.

Résultats. — *Grande atténuation du prurit. Diminution du pityriasis. Arrêt de la dépilation. Repousse.*

Disparition de la dyspepsie.

Diminution du nervosisme, de l'érythrose psychique, des rêves.

1er juillet 1910. — Mme Bl... vient consulter pour une dépilation accompagnée d'un violent prurit.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont morts jeunes. Mme Bl... n'avait alors que 3 ans.

Antécédents personnels. — Mme Bl... souffre depuis la puberté d'anémie, de vertiges et de migraines.

Il y a quinze ans, violentes névralgies faciales.

Mariée depuis neuf ans. Accouchement il y a sept ans.

Elle n'habite la France que depuis dix-huit mois. Elle habitait auparavant l'Italie, où elle a eu de petits accès de fièvre paludéenne. Les accès sont moindres, depuis le retour en France ; ils sont plus fréquents pendant l'été, leur durée est de deux à trois heures. Après ces accès, Mme Bl... est très abattue.

Les repas sont pris à des heures irrégulières, sans aucun soin

de mastication. Picrophagie. Lecture pendant et après le repas. Mme Bl... boit du vin pur et prend du café très fort.

Les digestions sont lentes et paresseuses. Mme Bl... n'a pas constaté d'érythrose post-prandiale ; les pommettes sont habituellement colorées.

Examen dentaire. — Arthrite de la deuxième molaire supérieure droite.

Examen de l'estomac à jeun en position couchée. — La limite inférieure est à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic.
Vive hyperesthésie en ce point, remontant à un travers de doigt au-dessus et au-dessous.

Légère sensibilité au niveau des fosses iliaques droite et gauche.

Nervosisme. — Vive érythrose psychique. Lectures. Rêves fréquents en rapport avec les lectures ou les occupations quotidiennes. Quelques soucis domestiques. Rares céphalées.

Réflexes rotuliens normaux.

Mme Bl..., autrefois bien réglée, a des ménorragies. Les règles, très abondantes, non douloureuses, viennent avec une avance de sept à huit jours, et même quelquefois 2 fois dans un mois.

Pertes blanches.

L'utérus est rétrofléchi, non douloureux. Il y a une légère sensibilité des annexes du côté gauche.

Mme Bl... s'est récemment surmenée. Elle fait fréquemment de longues courses à bicyclette.

Autrefois obèse, elle a beaucoup maigri depuis dix-huit mois, et plus encore depuis six mois. Son embonpoint est encore suffisant.

Depuis un an Mme Bl... a noté un pityriasis important. Il y a des pellicules fines et sèches, et, disséminés, des placards de pity-

riasis stéatoïde au sinciput, sur les parties latérales du cuir chevelu, et surtout à la nuque.

Le prurit survint peu après, en même temps que la dépilation. Il siège principalement au sinciput et à la nuque. Il est plus fort le matin au réveil, mais se produit aussi dans la journée et même la nuit. Mme Bl... a de violentes crises de grattage mais de courte durée ; le cuir chevelu présente de nombreuses excoriations.

Le prurit était calmé par l'emploi de la liqueur de Van Swieten ou l'Eau de Cologne.

Nulle hyperesthésie.

Le cuir chevelu est gras, mais un peu moins qu'autrefois.

Les cheveux paraissent depuis un an devenir secs et cassants.

Pas d'hyperidrose. Mme Bl... fait un lavage de tête tous les huit ou dix jours avec un savon spécial alcoolique :

Olei lavandulæ	1
Spiriti vini recti	10
Sapo viridis.	12
Aqua distillata.	14

Elle applique, après le lavage, de l'huile d'olives.

Elle a employé contre sa dépilation la liqueur de Van Swieten, qui a ralenti passagèrement la chute, et diminué momentanément le prurit.

La dépilation date d'environ un an, et depuis cette époque, la chevelure, châtain foncé, a diminué de moitié, principalement dans la région du sommet, où les cheveux sont très clairsemés. La dépilation quotidienne est très importante.

Traitement. — Régime ataraxique. Bradyphagie, suppression des mets épicés et vinaigrés, du vin pur et du café, de la lecture

pendant et après le repas. Régularisation des heures de repas.

Lavages hebdomadaires du cuir chevelu.

Le mercredi 6 juillet 1910. — Le régime ataraxique est appliqué depuis cinq jours.

Mme Bl... se sent mieux au point de vue gastrique. La lourdeur post-prandiale a disparu.

Le sommeil a été meilleur ; moins de rêves.

Le lavage, effectué la veille, a fait tomber une quantité de cheveux moindre que lors des lavages précédents (0 gr. 37).

Le 13 juillet 1910. — Il y a deux jours, accès de fièvre paludéenne.

Règles depuis la veille.

Les digestions sont moins lentes et plus faciles.

Pas de céphalées.

Le prurit a peu varié, il est toujours maximum à la nuque.

La dépilation quotidienne, en diminution, est variable, oscillant de 15 à 108 cheveux.

Jeudi	7 juillet	0 gr. 04	15 cheveux
Vendredi	8 —	0 gr. 12	42 —
Dimanche	10 —	0 gr. 27	108 —
Lundi	11 —	0 gr. 16	51 —
Mardi	12 —	0 gr. 17	68 —

Traitement. — Application plus stricte du régime ataraxique. Médication psychothérapique.

20 juillet 1910. — Les règles terminées depuis deux jours, ont duré sept jours et ont été très abondantes.

Le lavage de tête a été fait il y a trois jours.

Le prurit est en diminution surtout la nuit. Il disparaît le lendemain du lavage et revient peu à peu.

Le pityriasis est moins important au sinciput.

Traitement. — Contre les ménorragies :

Deux bains par semaine.

Injections quotidiennes d'eau à 38°-39°, additionnée d'une cuillerée à soupe par litre de liqueur de Labarraque.

(Service du Dr Siredey.)

27 juillet 1910. — Bon état digestif.

Un accès de fièvre paludéenne. Céphalée et fatigue consécutives.

Le lavage hebdomadaire du cuir chevelu a été fait il y a trois jours.

Le prurit a été plus intense pendant deux ou trois jours après l'accès. Il est, dans l'ensemble, plus faible qu'au début du traitement.

La chute des cheveux a beaucoup diminué, de moitié environ. Elle est plus faible qu'elle n'a jamais été.

Jeudi	21 juillet 1910		0 gr. 16
Vendredi	22	—	0 gr. 12
Samedi	23	—	0 gr. 20
Dimanche	24	— (lavage)	0 gr. 11
Lundi	25	—	0 gr. 11
Mardi	26	—	0 gr. 12

3 août 1910. — État général satisfaisant. Le sommeil est meilleur et plus calme.

Mme Bl... a fait deux lavages de tête la semaine précédente.

Il y a à la nuque un placard eczématique, où le prurit est particulièrement intense.

La dépilation a été un peu plus forte, par suite des grattages. Elle est en moyenne de 40 à 50 cheveux par jour.

Jeudi	28 juillet		0 gr. 19
Vendredi	29 —		0 gr. 19
Samedi	30 —		0 gr. 17
Dimanche	31 —	(1er lavage)	0 gr. 21
Lundi	1er août		0 gr. 17
Mardi	2 —	(2e lavage)	0 gr. 26

Traitement. — 1° Contre le nervosisme :

Trois pilules de Méglin par jour.

2° Application à la nuque de la pommade :

Lanoline	40 grammes
Huile d'olives	20 —
Oxyde de zinc	5 —

Le 9 août 1910. — Avant le dernier lavage, le prurit était très diminué. Il n'existait plus ni à la nuque ni au sinciput et ne persistait qu'aux deux régions temporales. Les grattages étaient beaucoup moins violents et il n'y a plus d'excoriations.

Depuis le dernier lavage fait il y a trois jours, le prurit n'a pas reparu.

Le pityriasis est très diminué, particulièrement à la nuque et au sinciput, où il était très abondant.

La dépilation est très faible et à peu près normale.

Il y a de nombreux cheveux fins et courts en repousse.

Observation 15 (personnelle).

Mlle B..., 32 ans, artiste peintre.

1er juillet 1910-3 février 1911.

Dépilation, prurit, hyperesthésie, pityriasis stéatoïde.

Tachyphagie, polyphagie, polydipsie.

Lourdeur, ballonnement, éructations, pyrosis. Paresse digestive Constipation. Entéro-colite. Hyperesthésies gastrique et colique.

Lésions dentaires.

Nervosisme. Erythrose psychique. Ennuis. Céphalées préca-taméniales.

Myopie.

Eczéma et névrodermite.

Traitement. — *Régime ataraxique.*

Résultats. — *Disparition du prurit, de l'hyperesthésie. Transformation du pityriasis stéatoïde en pityriasis sec. Arrêt de la dépilation. Repousse.*

Disparition des troubles digestifs. Guérison de l'entéro colite.

1er juillet 1910. — Mlle B. . vient consulter pour une dépilation diffuse datant de deux à trois ans.

Antécédents héréditaires. — Le père, mort à 54 ans, avait une belle chevelure.

La mère, nerveuse et neurasthénique, possède une belle chevelure. La canitie ne s'est manifestée qu'à partir d'un âge avancé.

Antécédents collatéraux. — Frères et sœurs bien portants, ayant tous une belle chevelure.

Antécédents personnels. — Mlle B. ., n'habite Paris que depuis cinq ans. Elle se livre à des travaux de peinture depuis l'âge de 24 ans.

Mlle B... est tachyphage. Les repas sont pris en vingt minutes, sans faire attention à la mastication. Polyphagie portant

surtout sur le pain. Polydipsie : café (2 tasses), lait (1 litre), thé, tisanes entre les repas.

Il y a cinq ans, apparurent des troubles digestifs : lourdeur, ballonnement, éructations, pyrosis, paresse digestive. Mlle B... suivit un régime composé surtout de pâtes et de purées, sans amélioration notable. Il y a huit mois, crise appendiculaire ayant duré trois semaines. Après cette crise les troubles gastriques diminuèrent et des troubles intestinaux firent leur apparition : alternatives de constipation et de diarrhée ; selles fétides et sanguinolentes ; sensations de brûlure et de gargouillement au niveau du colon transverse et descendant ; peaux et membranes dans les selles.

Actuellement Mlle B... n'a que rarement de l'érythrose postprandiale : la lourdeur et le ballonnement n'existent aussi que de façon irrégulière. L'entéro-colite persiste, mais atténuée (constipation et diarrhée, borborygmes dans le flanc gauche, très sonores, réveillant parfois Mlle B...). Mlle B... qui a suivi de nombreux traitements prend depuis quinze jours des comprimés de lactéol.

Examen de l'estomac à jeun en position couchée. — Limite inférieure à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Hyperesthésie à la pression à deux travers de doigt au-dessus et un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Hyperesthésie de l'angle colique droit et hyperesthésie légère de l'appendice.

Lésions dentaires ayant provoqué de fréquentes névralgies. Plusieurs racines, gingivite tartique.

Les règles sont peu abondantes, non douloureuses, durent deux jours. Céphalées légères deux jours avant leur apparition.

Les dernières règles ont été brusquement arrêtées à la suite de l'émotion causée par une chute.

Quelques pertes blanches.

Mlle B... ayant souffert autrefois de névralgies lombaires, porte actuellement une petite ceinture abdominale.

Mlle B... est nerveuse. Quelques rêves. Erythrose psychique importante plus marquée du côté gauche.

Nombreux soucis et préoccupations.

Le point nerveux sous-orbitaire est beaucoup plus sensible à la pression du côté gauche

Mlle B... est atteinte d'une myopie assez forte, datant de l'âge de 12 à 13 ans, corrigée. Elle a, à cause de sa myopie, supprimé la lecture depuis trois ans.

Mlle B... avait pris, l'année précédente, de la liqueur de Fowler, et avait engraissé Elle pesait alors 75 kilogrammes (taille 1 m. 70). Après la crise appendiculaire, elle ne pesait plus que 69 kg. 400, et a peu augmenté depuis.

Peu d'exercice. Travaille debout plusieurs heures par jour.

Coryzas fréquents.

Séborrhée et hyperidrose faciales.

Il y a deux ans, pendant un séjour au bord de la mer, éruption eczématique à la face.

Depuis quatre ou cinq ans, névrodermite à la jambe gauche, au niveau de la limite de la chaussure.

Actuellement, il y a quelques placards eczématiques récents au niveau du front et dans la région rétro-auriculaire du côté gauche.

Depuis quatre ans, Mlle B... a un important pityriasis stéatoïde disséminé dans tout le cuir chevelu. Le prurit, fréquent, « à tout instant de la journée », est d'intensité modérée. Il est plus

marqué pendant la nuit. Nombreuses excoriations dues aux grattages. Le prurit disparaît pendant deux ou trois jours après le lavage, ainsi que les pellicules. Il est plus intense à la suite d'écarts de régime.

Hyperesthésie légère du cuir chevelu. Le poids des épingles et l'usage du peigne sont douloureux.

Le cuir chevelu, autrefois sec, est gras actuellement. Il est épais et peu élastique.

Les pellicules ont fait leur apparition il y a cinq ou six ans. D'abord sèches, elles sont devenues stéatoïdes depuis trois ou quatre ans. Nombreuses squames épaisses, grasses, jaunâtres, adhérentes et disséminées dans le cuir chevelu. Le pityriasis stéatoïde est un peu moins important au niveau de la nuque.

Mlle B... avait autrefois une forte chevelure châtain clair, tombant presque jusqu'à la taille. Bien que diminuée de plus de moitié, elle est encore importante. Il y a de nombreux cheveux blancs disséminés. Quand il n'y a pas eu de lavage de tête depuis longtemps, les cheveux s'affaissent et se « coiffent difficilement ».

La température du cuir chevelu est de 30°2.

Les cheveux tombent de façon importante depuis deux ou trois ans. Avant la crise appendiculaire, la dépilation quotidienne dépassait la cinquantaine Elle a triplé pendant quelques mois après cette crise. Elle augmente pendant les crises d'entérocolite. La chute porterait surtout sur les cheveux gris et blancs (?)

Mlle B... faisait autrefois un lavage hebdomadaire du cuir chevelu à l'eau et au carbonate de soude. Elle a suivi divers traitements médicamenteux. Elle fait actuellement tous les quinze jours ou tous les mois un savonnage. Elle applique de temps en temps une teinture au henné.

Traitement. — Régime ataraxique. (Bradyphagie. Suppresion du café, du lait et des boissons entre les repas, des ferments lactiques).

Soins dentaires.

Continuation des savonnages de quinzaine du cuir chevelu.

Le 11 juillet 1910. — Le régime a été bien suivi, sauf deux infractions (café et fraises).

La gêne digestive a été moindre.

Il n'y a eu qu'un seul jour de constipation.

Quelques filets de sang rouge il y a deux jours, en allant à la garde-robe, et un peu de mucus, sans qu'il y ait constipation.

Petite plaque d'eczéma séborrhéique au niveau du front, disparue après le lavage de tête.

Le massage de la face, appliqué dans un but esthétique, provoque une vive réaction, avec sensation de chaleur au niveau du front et des pommettes, durant environ une heure. Deux heures après un de ces massages, céphalée légère.

Le lavage de tête a eu lieu il y a cinq jours.

Trois jours après, quelques démangeaisons bieu moins fortes qu'avant le traitement.

Moins d'excoriations produites par le grattage au sinciput.

Pellicules en nombre un peu moins considérable.

La dépilation a été peu importante, moindre qu'auparavant. (Pendant cinq jours, jour du lavage et jours suivants: 0 gr. 27.)

Le 18 juillet 1910. — Ennuis et préoccupations pendant la semaine précédente.

Constipation pendant deux jours.

Crise de diarrhée le 14 juillet. Le même jour poussée d'érythrose et d'eczématisation faciales.

Céphalées quotidiennes avec thermesthésie au niveau du sinciput.

Deuxième semaine après le lavage.

Le prurit a été un peu plus important que la semaine précédente, et presque aussi fort qu'autrefois. Les pellicules ont été aussi plus abondantes ; la dépilation un peu plus forte (0 gr. 52 pour toute la semaine).

Traitement. — Suppression de la boisson au repas.

Mlle B... boira à 4 heures et à 9 heures un verre de citronnade ou d'eau de Pougues.

Médication psychothérapique.

Le mercredi 10 août 1910. — Mlle B... vient de faire un voyage fatigant, pendant lequel elle a eu de nombreux ennuis.

Nouvelle période de règles, quinze jours après les précédentes. Céphalée légère le dernier jour des règles.

Le lait n'a été qu'incomplètement supprimé.

Amélioration de l'état intestinal.

Le lavage de quinzaine n'a pas été fait.

Le prurit n'est survenu que huit jours après le dernier lavage, alors qu'autrefois il apparaissait deux à trois jours après. Il est beaucoup moins fréquent.

Dermalgie légère au vertex.

Les pellicules sont plus fines et moins stéatoïdes.

Trois semaines après le lavage, le cuir chevelu n'est pas gras, alors qu'il l'était autrefois beaucoup plus tôt.

La dépilation est moindre qu'au début du traitement et voisine de la normale.

Mlle B... part en vacances.

3 février 1911. — Mlle B... est revue en bonne santé huit mois après sa mise en traitement.

Le prurit a disparu, le cuir chevelu n'est plus gras. Les pellicules sont très diminuées et sèches.

La dépilation quotidienne est faible. La chevelure est abondante.

Observation 16 (personnelle).

W..., 23 ans, ébéniste.

6 février-15 avril 1911.

Dépilation, séborrhée, pityriasis.

Polyphagie, polydipsie. Ethylisme.

Erythrose, narcolepsie, pyrosis, fringales, paresse digestive.

Lésions dentaires.

Nervosisme, tremblement, érythrose psychique.

Surmenage, confinement. Amaigrissement.

Séborrhée et acné faciales.

Traitement. — *Régime ataraxique.*

Mobilisation et massage du cuir chevelu.

Résultats. — *Disparition de la séborrhée. Diminution du pityriasis. Arrêt de la dépilation. Repousse.*

Disparition des troubles digestifs.

6 février 1911. — W... vient consulter pour une chute de cheveux datant de six mois environ.

Antécédents héréditaires. — Les parents bien portants ont une chevelure peu abondante. La mère présentait récemment une dépilation diffuse.

Antécédents collatéraux. — Trois frères possédant une belle chevelure.

Antécédents personnels. — W. . a eu de l'albumine pendant deux mois, à l'âge de 13 ans. Il a fait son service militaire en 1909 et 1910.

W... n'est pas tachyphage. Il mange en trois quarts d'heure, et s'applique à mastiquer soigneusement les aliments. Polyphagie (1 liv. 1/2 de pain par jour). Légère polydipsie (3 verres d'eau rougie au repas).

W... fait parfois usage de boissons alcooliques et prend du café une fois par jour.

Erythrose post-prandiale durant environ vingt minutes. L'érythrose était plus forte pendant le séjour au régiment.

Narcolepsie intermittente.

Pyrosis, deux à trois fois par semaine.

Fringales. W... est obligé de faire un repas supplémentaire à 10 heures du matin.

Paresse digestive.

Lésions dentaires récentes suivies d'extractions. Violentes névralgies il y a quatre ans.

Nervosisme. Erythrose psychique importante. Léger tremblement des mains.

Pas d'excès sexuels.

Travail pénible debout pendant onze heures par jour.

Inhalation continuelle de poussières. Confinement pendant la nuit.

W... est d'une complexion forte (0 m. 98 de tour de poitrine).

Pendant le mois de juillet dernier, il a été surmené et soumis à de mauvaises conditions hygiéniques (séjour sous la tente pendant une période de pluies).

Il a maigri de 5 kilogrammes depuis sa sortie du régiment.

Poids actuel : 63 kilogrammes. Taille : 1 m. 71.

Le teint est pâle, la peau du visage est grasse ; il y a au pourtour du nez des comédons, et, au front et aux joues, quelques élements d'acné papulo-pustuleuse.

W... a une chevelure blonde, peu abondante. Le système pileux du corps est en général peu développé. Les bras sont recouverts exclusivement de follets.

Ni prurit, ni dermalgie.

Léger degré de séborrhée.

Depuis plusieurs années, il y a de nombreuses pellicules minces, larges et adhérentes. Elles sont moins abondantes que pendant le séjour au régiment, par contre la séborrhée augmente.

W... a employé autrefois l'eau sédative, il fait actuellement deux fois par semaine des savonnages du cuir chevelu.

La dépilation date du mois de juillet dernier. A cette époque, il tombait chaque jour une cinquantaine de cheveux pendant la toilette; actuellement, la dépilation est un peu plus importante. Les cheveux se laissent aisément arracher par une faible traction.

La chevelure a diminué d'environ un quart.

Traitement. — Régime ataraxique : bradyphagie ; rationnement ; oligodipsie (2 verres d'eau rougie par repas) suppression des boissons alcooliques.

Médication psychothérapique.

Continuation des soins locaux.

20 février 1911. — Le régime a été bien suivi.

W... a moins de fringales et à pu supprimer le repas de 10 heures.

L'érythrose postprandiale est moins forte. Il y a moins d'éléments d'acné.

Moins de pellicules.

La dépilation n'est plus que d'une trentaine de cheveux par jour ; elle comprend quelques cheveux fins et grêles.

6 mars 1911. — Le rationnement de l'alimentation est d'environ un quart.

W... digère très bien, il n'y a plus de fringales et d'érythrose postprandiale.

Les pellicules sont plus fines et moins larges qu'au début du traitement.

La dépilation est irrégulière, mais faible. Le dernier lavage a fait tomber moins de cheveux que précédemment.

Nombreux cheveux jeunes, de 1 centimètre à 1 cm. 1/2, épars entre les anciens.

Traitement. — Mobilisation active et passive du cuir chevelu de cinq à dix minutes par jour.

16 mars 1911. — La mobilisation faite pendant cinq minutes provoque une vive hyperémie.

Le cuir chevelu est moins gras.

La dépilation est d'environ une vingtaine de cheveux par jour.

Traitement. — Massage quotidien du cuir chevelu pendant dix minutes.

Gymnastique respiratoire et aération.

29 mars 1911. — Bon état général.

Le massage fait vigoureusement provoque une vive réaction thermique, suivie d'un peu de lourdeur de tête.

Les pellicules sont en diminution notable.

La dépilation a été un peu plus élevée. W... a compté un jour 90 cheveux tombés pendant la toilette.

15 avril 1911. — Très bon état général et local.

Le cuir chevelu n'est plus gras. Les pellicules sont peu nom-

breuses et sèches. La dépilation est très faible. La repousse s'accentue.

Observation 17 (personnelle)

Mme S..., essayeuse-mannequin, 29 ans.

7 mars 1910-15 novembre 1911.

Dépilation diffuse post-érysypélateuse, prurit, dermalgie. Zones d'hyperesthésie. Séborrhée. Hyperidrose. Hypotonie.

Tachyphagie. Polyphagie. Polydipsie.

Lourdeur. Ballonnement. régurgitations, cryesthésie et érythrose post-prandiales, couperose (rôle de l'excitation extérieure).

Lésions dentaires.

Nervosisme. Ennuis. Surmenage.

Érysipèle de la face et du cuir chevelu.

Traitement. — *Régime ataraxique.*

Traitement chimique.

Résultats. — *Disparition du prurit, de la dermalgie, des zones d'hyperesthésie. Arrêt de la dépilation. Repousse.*

Disparition des troubles digestifs.

Atténuation de la couperose.

Diminution du nervosisme.

7 mars 1910. — Mme S... vient consulter pour une dépilation diffuse datant d'un mois et demi à deux mois, survenue une dizaine de jours après un érysipèle de la face et du cuir chevelu.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 57 ans, a les cheveux clairsemés, sans canitie ni calvitie. La mère, morte en couches, avait une belle chevelure blonde.

Antécédents collatéraux. — Une sœur de père, bien portante, avec une belle chevelure.

Antécédents personnels. — Mme S..., d'assez grande taille (1m70) est d'une complexion forte. Elle habite Paris depuis neuf ans. Elle a eu à 21 ans un garçon qui est bien portant.

Autrefois angines équentes; amygdalectomie il y a trois ans; depuis, les maux de gorge ont disparu.

Le 25 novembre dernier, après une période de surmenage à la suite d'un grand chagrin, pendant une période de règles, éclate un érysipèle.

L'érysipèle fut précédé d'une angine à points blancs, dont le siège fut maximum à gauche. L'éruption cutanée commença par les ailes du nez ; puis, la face, les oreilles, le sommet et les parties latérales du cuir chevelu furent successivement envahis. Seuls l'extrémité du nez, le menton, la nuque et la partie postérieure de la tête furent respectés.

La fièvre fut élevée (41°3 et 41°7), l'administration de bains froids fut jugée nécessaire. L'affection fut suivie d'une crise de rhumatisme articulaire et dura vingt-huit jours. Longtemps après persistèrent des douleurs auriculaires et articulaires au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, principalement du côté droit.

Après l'érysipèle il y eut desquamation cutanée par lambeaux à la face et par squames au cuir chevelu. Depuis, Mme S .. se plaint fréquemment de lourdeur de tête.

Mme S... mange beaucoup et rapidement sans faire attention à la mastication. Elle boit trois à quatre verres d'eau minérale ou de bière à chaque repas.

Après le repas, elle est rouge pendant une demi-heure environ. L'érythrose est plus forte après l'absorption de vin pur. Elle

est ballonnée, obligée de desserrer ses vêtements. Elle a de violentes envies de dormir. Elle éprouve de la cryesthésie post-prandiale et se place à côté du radiateur, la joue gauche exposée à la chaleur. Érythro-couperose du côté gauche.

Les digestions ne sont pas toujours très bonnes. Lourdeur. Régurgitations. Pas de constipation.

Examen dentaire. (Rousseau-Decelle). — En haut et à droite: deuxième prémolaire atteinte de carie du 2e degré ; première molaire à l'état de racine.

En bas et à droite : deuxième molaire extraite ; deuxième prémolaire absente.

En haut et à gauche : deuxième molaire extraite ; deuxième prémolaire, dent de lait, obturée, très mobile ; deuxième incisive et canine obturées.

En bas et à gauche : première molaire extraite ; deuxième prémolaire absente ; deuxième et troisième molaires obturées.

Les deuxièmes prémolaires de la mâchoire inférieure n'ont pas fait leur évolution à l'état de dent permanente.

La deuxième prémolaire supérieure gauche, qui existe à l'état de dent de lait, est proéminente et mobile.

Mme S... est bien réglée. Les règles durent trois à quatre jours, et sont peu douloureuses.

Elle est très nerveuse, impressionnable et émotive. Vive érythrose psychique. Elle a parfois des crises de larmes.

Amaigrissement depuis quatre à cinq mois. Sueurs abondantes. Névralgies interscapulaires. Légère submatité du sommet gauche. Percussion douloureuse. Inspiration un peu humée. Expiration prolongée. Ni toux, ni expectoration.

Mme S... avait une belle et abondante chevelure blond cendré, dépassant la taille. Pas de démangeaisons. Quelques pelli-

cules. Hyperidrose assez accentuée. Les cheveux étaient secs.

Mme S... faisait tous les mois un shampoing. A plusieurs reprises, elle avait déjà eu de la dépilation diffuse, mais peu accentuée.

Depuis l'érysipèle, le cuir chevelu est devenu gras et très sensible. Le port du chapeau et le contact des peignes sont pénibles. La dermalgie est plus considérable le soir.

Quelques squames grasses et poussiéreuses sur les parties latérales. Le cuir chevelu est particulièrement mou et hypotonique au sinciput et au niveau des deux régions temporales.

Erythrose passive marquée.

La dépilation commença une dizaine de jours après l'érysipèle, au niveau de la région temporale droite, puis elle s'étendit au côté gauche. Le peigne entraînait chaque jour des quantités importantes de cheveux.

Le sommet et les parties latérales du cuir chevelu sont très dégarnis. Mme S... est obligée de porter un volumineux postiche. La repousse de cheveux nouveaux n'a été perceptible qu'à la fin du mois de janvier, soit près de deux mois après l'érysipèle.

Mme S... a déjà suivi un traitement externe sans résultat appréciable.

La température du cuir chevelu au niveau du sommet est de 30°3.

Celle de la joue gauche en période d'érythrose est de 30°2.

Traitement. — Régime ataraxique : Bradyphagie, réduction des aliments et des boissons.

Lavages de tête tous les quinze jours au savon de Marseille. Nulle application chimique locale.

Médication psychothérapique (3 gouttes de teinture de Viburnum prunifolium aux deux principaux repas).

Le 29 mars 1910. — Mme S... encore tachyphage, a souffert de l'estomac après l'absorption de mets vinaigrés. L'érythrose faciale est moindre.

Depuis trois jours, Mme S... porte une perruque. La tête est moins grasse et moins suante. Il y a de nombreux cheveux en repousse.

Le 16 avril 1910. — Mme S... se plaint d'une zone douloureuse au niveau de la région temporo-pariétale gauche. Il y a là une aire, rosée, large de 3 à 4 centimètres. Vive hyperesthésie à la pression et au plissement de la peau. La deuxième prémolaire du même côté gauche, dent de lait un peu proéminente, est mobile dans l'alvéole et cariée.

Les points sus- et sous-orbitaire sont plus sensibles à la pression du côté gauche.

La mâchoire supérieure gauche sera radiographiée.

Persistance des douleurs névralgiques interscapulaires.

Le 5 mai 1910. — La radiographie a montré que la deuxième prémolaire supérieure gauche, dent de lait, est dépourvue de racine, et qu'il n'y a, dans le voisinage, aucune ébauche de dent permanente.

L'hygiène digestive est suivie aussi exactement que possible, sans atteindre encore l'ataraxie parfaite. Il y a encore un certain degré d'érythrose, toujours maximale à gauche.

La sensibilité du point sus-orbitaire gauche est encore vive.

Les névralgies interscapulaires ont diminué.

Il y a dix jours qu'il n'y a pas eu de lavage de tête, et on constate un assez grand nombre de pellicules de consistance grasse.

La perruque est portée pendant toute la journée.

Prurit et hyperidrose, principalement le soir.

La plupart des cheveux du sommet et des régions latérales du

cuir chevelu sont tombés. Ceux de la partie postérieure de la tête, au voisinage de la nuque, ne tombent pas. Les jeunes cheveux longs de 3 à 4 centimètres résistent fortement à la traction.

La zone d'hyperesthésie est moins sensible qu'au dernierexamen. La dépilation de cette zone n'est pas plus importante que celle des régions voisines. Nul poil massué. La coloration rosée de cette aire est encore visible.

Traitement. — On appliquera tous les deux jours la lotion :

Alcool camphré	120 grammes.
Teinture d'iode	XX gouttes.
Huile de ricin	1 gramme.

Massage du cuir chevelu.

Le 2 juin 1910. — Période de surmenage. Fatigue.

L'état digestif est bon, quand Mme S... suit le régime. Les infractions (écarts tachyphagiques, absorption de poissons) sont suivies de mauvaises digestions.

L'érythrose postprandiale et émotive est très diminuée. Le maximum gauche n'est plus apparent.

Le massage n'a été fait qu'à de rares intervalles.

Au niveau de la zone temporo-pariétale gauche, l'hyperesthésie est moindre et l'hypotonie est en voie de disparition.

La chute des cheveux commence de façon importante à la région postérieure de la tête.

La repousse s'est beaucoup accentuée.

Les cheveux nouveaux sont nombreux et vigoureux, longs de 3 cm. 1/2 environ au sommet de la tête et de 7 à 8 centimètres sur les parties latérales. Ils résistent fortement à la traction.

Traitement. — Nouvelle médication psychothérapique :

3 gouttes de teinture de thuya occidentalis avant les deux principaux repas.

15 juillet 1910. — Bon état à tous égards.

Mme S... est obligée de porter sa perruque pendant toute la journée.

Apparition, à la fin de la journée, de quelques démangeaisons et d'une légère dermalgie.

La chute des cheveux au niveau de la nuque s'est arrêtée.

Les angles fronto-prétaux, autrefois dénudés, sont abondamment garnis de jeunes cheveux.

15 novembre 1910. — Mme S... est revue en bonne santé. La repousse s'effectue abondante. Les cheveux nouveaux sont d'une belle couleur blond cendré, analogue à celle des anciens cheveux. L'épaisseur de la chevelure est plus considérable qu'avant l'érysipèle.

Mensurations de la chevelure.

Fin janvier 1910. Apparition de la repousse.

5 mai 1910 (3 mois après). Longueur des cheveux nouveaux : 3 à 4 centimètres.

15 mai 1911 (15 mois après). Longueur des cheveux nouveaux : Région antérieure, 18 centimètres ; Régions latérales : 18 cm. 5.

2 juillet 1911 (17 mois après). Région antérieure : 20 centimètres ; Régions latérales : 22 centimètres.

25 septembre 1911 (19 mois après). Région antérieure : 22 centimètres ; Régions latérales : 24 centimètres (1).

1. Quand on mesure la partie non colorée du cheveu un mois après l'application d'une teinture, on constate chez la femme, un allongement d'un centimètre en moyenne.

Dans cette observation la croissance des cheveux a été un peu

Observation 18 (personnelle).

Mlle Suzanne R..., 11 ans.

20 avril-12 mai 1910.

Dépilation diffuse par phtiriase. Prurit, pityriasis.

Rougeole il y a quatre mois.

Coryza chronique.

Débilité.

Traitement. — *A. Traitement chimique antiparasitaire.*

B. Lavages intra-narinaires.

Résultats. — *A. Disparition de la phtiriase, diminution importante du prurit et de la dépilation.*

B. Diminution du coryza.

20 avril 1910. — Mlle R... vient à la consultation, parce que ses cheveux tombent depuis une quinzaine de jours environ.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, syphilis probable. La mère est bien portante.

Antécédents collatéraux. — Un frère malade, ayant déjà subi plusieurs opérations.

Antécédents personnels. — A l'âge de 9 mois, kératite interstitielle, soignée pendant cinq ans aux Quinze-Vingts. Il persiste une taie juxtacentrale de l'œil droit.

Voûte palatine ogivale. Ni dents d'Hutchinson, ni surdité. Réflexe pharyngien normal.

supérieure à un centimètre et plus lente au niveau du sinciput que sur les parties latérales du cuir chevelu. La croissance des cheveux a été particulièrement rapide pendant l'été 1911.

Au mois de décembre dernier, rougeole ayant duré cinq semaines.

Coryza depuis quinze jours. La respiration nasale est difficile. Mlle R... dort de temps en temps la bouche ouverte. Ne tousse pas.

C'est une enfant maligre, de taille mince et élancée. Elle a beaucoup grandi depuis quelques mois.

Elle fréquente régulièrement l'école.

Bonne dentition. Elle mange plutôt lentement, bien qu'elle n'ait qu'une demi-heure pour prendre son repas. Teint rosé.

Les démangeaisons ont été remarquées pour la première fois il y a trois semaines environ. L'enfant se grattait surtout le matin, puis en récréation et de temps à autre dans la journée. Il y a quelques traces de grattage sur le cuir chevelu.

Nombreuses lentes principalement à la partie postérieure de la tête dans les cheveux nattés.

Pellicules abondantes.

Les cheveux châtain foncé tombent depuis une quinzaine de jours. La natte aurait diminué « de plus des deux tiers. »

Traitement (1). — 1° Lotions quotidiennes à l'eau vinaigrée (1/4 de verre par litre).

2° Après la lotion, frictionner avec la solution ci-dessous, employée chaude, si possible.

Eau	500 gr.
Sublimé corrosif.	1 gr.

Lavages intra-narinaires quotidiens d'eau salée chaude.

1. Ce traitement est le traitement habituel, prescrit à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine contre la phtiriase.

28 avril 1910. — Il y a eu ce matin un saignement de nez.

Le nez a été, en général, un peu moins obstrué que précédemment.

Il y a eu beaucoup moins de grattages.

Moins de lentes.

La dépilation a été aussi un peu moins importante.

Continuation du traitement.

12 mai 1910. — La respiration nasale est de plus en plus facile.

Le prurit persiste encore, mais très faible.

La dépilation quotidienne est de moins en moins importante, et presque normale.

Mlle R..., ne s'est plus représentée à l'hôpital.

Observation 19 (personnelle)

Mme F..., 23 ans, ménagère.

17 janvier-25 janvier 1910.

Dépilation diffuse. Prurit du cuir chevelu. Hyperidrose. Pityriasis sec. Crises thermiques avec thermesthésie. Érythrose passive.

Tachyphagie, polyphagie, picrophagie, polydipsie.

Dyspepsie. — Ballonnement, dyspnée narcolepsie, pyrosis.

Nervosisme, crises de colères, érythrose émotive. Céphalées précataméniales.

Pédiculose et phtiriase depuis trois mois.

Traitement. — a) *Chimique antiparasitaire.*

b) *Digestif ataraxique (inappliqué).*

Résultats. — *Disparition de la phtiriase.*

Grande diminution du prurit. Cessation des grattages. Diminution importante de la dépilation. Accentuation de la repousse.

17 janvier 1910. — Mme F... vient consulter pour une importante dépilation diffuse et du pityriasis capitis.

Antécédents héréditaires. — Les parents bien portants ont une belle chevelure. Certains membres de la famille ont eu de l'eczéma et du psoriasis.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. Mme F... est bien portante et d'une complexion forte. Elle est mariée depuis un an.

Tachyphage, elle prend ses repas en un quart d'heure sans faire aucune attention à la mastication. Elle est aussi polyphage, picrophage et fréquemment polydipsique (4 à 5 verres d'eau rougie par repas, absorption quotidienne de café). Elle lit pendant le repas.

Après le repas, étouffements, narcolepsie, ballonnement, pyrosis, régurgitations, lenteur des digestions. Pas d'érythrose digestive (?).

Périodes de constipation durant cinq à six jours. Au bout de ce temps Mme F... souffre de coliques et est obligée de prendre un lavement.

Examen de l'estomac à jeun en position couchée. — Limites normales. La pression est douloureuse à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite.

Mme D... est réglée à date fixe. Les règles durent deux à trois jours, mais sont douloureuses.

Très nerveuse ; crises de colères. Erythrose émotive intense. Quelques céphalées au moment des règles.

Depuis le mois d'octobre, à la suite d'un emménagement dans

un logement malpropre, Mme D... est en proie à la vermine (poux, puces, punaises).

Mme D... avait, dans sa jeunesse, une belle chevelure châtain clair. Depuis l'âge de 14 ans, les cheveux tombent de façon diffuse, mais peu intense. La chevelure est encore actuellement assez abondante.

Prurit léger depuis l'enfance. Depuis un mois et demi environ, les démangeaisons sont plus fortes. Elles existent surtout le matin et le soir. Mme D... a des crises de prurit durant environ cinq minutes. Il y a à la nuque des excoriations produites par les grattages violents.

Le cuir chevelu est sec, mais hyperidrosique.

Pellicules abondantes fines et sèches, depuis très longtemps.

Mme D... a constamment une sensation de chaleur au niveau du sommet de la tête. Erythrose passive très marquée.

Très nombreuses lentes.

Mme D... fait de rares lavages de tête. Les cheveux de la région antérieure ont été décolorés à l'eau oxygénée. Elle n'a pas encore suivi de traitement local, s'étant bornée à faire usage du peigne fin.

La dépilation quotidienne, faible autrefois, est depuis un mois beaucoup plus importante : « les cheveux tombent *par poignées* ».

Assez nombreux follets en repousse.

Traitement. — a) *De la phtiriase :* Lotions à l'eau vinaigrée, frictions tièdes au sublimé 1/500.

b) *De la dyspepsie.* — Ataraxie : bradyphagie, réduction des aliments et des boissons. Suppression des épices.

Le samedi 22 janvier 1910. — Depuis la veille, grippe : coryza, maux de tête, angine légère.

Pas de correction de régime.

Traitement externe fait depuis trois jours seulement.

Lentes un peu moins nombreuses.

Prurit moins violent.

La dépilation paraît moindre.

Le 25 janvier 1910. — Le traitement a été fait régulièrement.

Persistance de la grippe.

Les démangeaisons sont moins fréquentes et moins vives. Le simple contact de la main suffit à apaiser le prurit.

Les cheveux tombent aussi de moins en moins. La dépilation est faible.

Mme D... n'a plus été revue à l'hôpital.

Observation 20 (personnelle).

M. P... 19 ans, étudiant.

12 décembre 1909-20 mars 1910.

Dépilation diffuse, à forme décalvante. Dermalgie. Séborrhée. Hyperidrose. Pityriasis. Crises thermiques. Erythrose passive.

Tuberculose pulmonaire chronique.

Tachyphagie, polyphagie.

Hyperesthésie et dilatation gastrique. Vive érythrose digestive.

Excès sexuels.

Nervosisme, érythrose émotive. Céphalées.

Séborrhée faciale. Comédons et acné, empâtement du visage.

Traitement. — *Bradyphagie.*

Continence sexuelle.

Auto-massage de la face.

Résultats. — *A) Diminution de la séborrhée du cuir chevelu, régression importante du pityriasis ; dépilation ramenée à un taux normal. Repousse.*

B) Disparition à peu près complète de l'érythrose digestive, de la séborrhée et de l'acné faciales. Diminution de l'érythrose émotive.

12 décembre 1909. — P... vient consulter pour une dépilation diffuse.

Antécédents héréditaires. — Le père, bien portant, est presque chauve.

La mère, vraisemblablement tuberculeuse, possède une belle chevelure.

Antécédents collatéraux. — Un frère âgé de 25 ans, bien portant, atteint depuis cinq ans de dépilation diffuse à forme décalvante. Sa chevelure est déjà très clairsemée.

Un frère mort de diphtérie ; un autre de mort violente.

Antécédents personnels.

Fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans.

Il y a un ou deux ans, affection de l'appareil respiratoire de nature tuberculeuse probable (début insidieux, amaigrissement, toux, expectoration, hémoptysies).

P... fut suralimenté, séjourna six mois dans le Midi et depuis, après une convalescence à la campagne, se porte beaucoup mieux.

Actuellement, il ne persiste qu'un peu de toux, particulièrement la nuit et le matin.

Examen de l'appareil pulmonaire. — En avant et à droite, augmentation des vibrations, inspiration humée et expiration prolongée.

En arrière et à droite, submatité, respiration un peu soufflante, expiration prolongée.

En arrière et à gauche, obscurité respiratoire.

Sueurs fréquentes le jour et la nuit.

P.., possède un léger degré d'embonpoint. Son poids est actuellement stationnaire.

P... est tachyphage. Le temps consacré à l'ingestion du repas n'est que de vingt minutes environ, malgré un séjour à table de trois quarts d'heure. P... est polyphage; il consomme beaucoup de pain.

Pas de trouble digestif, mais érythrose postprandiale importante presque constante, plus marquée après le repas du soir.

Examen de l'estomac en position couchée : 1° à jeun. La pression est douloureuse depuis l'ombilic jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus et 2 travers de doigt au-dessous. L'hyperesthésie maxima siège au niveau de l'ombilic. Limites de l'estomac normales.

2° *Après le repas.* — Le clapotage de l'estomac est perçu jusqu'au niveau de l'ombilic. Un seul point douloureux à la pression un centimètre au-dessous de l'ombilic.

Etat bucco-dentaire. — Une molaire cariée du côté droit.

Légère angine érythémateuse du côté droit. Les angines sont presque constantes pendant le séjour à Paris.

P... est nerveux et impressionnable. Il se couche habituellement tard, mais dort bien et suffisamment. Erythrose émotive considérable. Lors de l'interrogatoire, l'érythrose est plus forte et la température plus élevée au niveau de la joue droite. Les points nerveux sus et sous-orbitaires sont plus sensibles à la pression du côté droit.

Pas de surmenage cérébral.

Quelques céphalées pendant les fortes chaleurs et les grands froids.

Excès vénériens, principalement en vacances, pendant le séjour à la campagne.

Le visage est bouffi et empâté. Le nez, les joues sont séborrhéiques. Nombreux comédons et quelques éléments d'acné.

P... a une chevelure blond pâle, d'une épaisseur moyenne. La coloration du cuir chevelu est rose vif.

Dermalgie légère. Pas de prurit.

Séborrhée importante. Hyperidrose peu accentuée.

Pityriasis à squasmes purfureuses.

Le cuir chevelu est mince, souple et mobile. Erythrose passive très marquée.

La dépilation a commencé il y a deux ans, au moment de l'affection pulmonaire. La chute des cheveux est devenue plus importante depuis quelques mois. Elle s'accentue lors des changements de résidence et de régime.

La dépilation quotidienne est importante, sans que P... puisse donner un chiffre approximatif. Les cheveux se laissent arracher facilement, par pincées, à la suite de tractions légères.

La chevelure a déjà diminué de façon notable. Les angles fronto-pariétaux sont dénudés. La région du sommet est déjà clairsemée.

Traitement : 1° Bradyphagie.

2° Suppression des excès sexuels.

(Aucun traitement local).

11 janvier 1910. — Le régime est encore imparfaitement suivi. Les cheveux tombent moins.

17 janvier 1910. — La correction bradyphagique a été faite avec plus d'attention.

Autant d'excès sexuels.

Persistance de l'angine du côté droit.

P... a pratiqué sur lui-même depuis trois semaines le massage de la face. La séborrhée faciale est moindre, les éléments d'acné ont disparu, le teint est devenu plus frais, le visage d'empâté qu'il était, plus affiné.

L'érythrose faciale est moins fréquente et moins intense.

Les réactions du cuir chevelu se sont peu modifiées.

La dépilation est moins importante que précédemment.

Continuation de l'hygiène digestive. Continence sexuelle.

20 mars 1910. — L'hygiène digestive a été bien observée. P... dit être devenu plus continent.

L'érythrose post-prandiale est *exceptionnelle.* L'érythrose émotive est aussi bien moindre.

Le cuir chevelu est moins gras. Il y a *beaucoup* moins de pellicules.

Les cheveux sont soyeux et brillants, plus colorés. La dépilation est faible et stationnaire. Les cheveux solides, résistent fortement à l'arrachement. La chevelure ne diminue plus. Jeunes cheveux en repousse, principalement aux angles fronto-pariétaux.

Observation 21 (personnelle).

M^me^ T..., 35 ans, masseuse.

12 février 1910-4 juillet 1911.

Dépilation à maximum sincipital. Dermalgie. Prurit (influence de l'irritation extérieure.) Séborrhée importante du cuir chevelu, pityriasis stéatoïde. (Influence de la saison estivale).

Tachyphagie, polyphagie, polydipsie.

Ballonnement, erythrose digestive, hyperesthesie et dyskrasies gastriques.

Nervosisme. Lectures. Ennuis materiels et moraux. Erythrose psychique. Céphalées. Exagération des réflexes.

Vices de réfraction.

Surmenage physique. Travail en milieu confiné et surchauffé. ***Veilles. Fatigues.***

Séborrhée faciale (comedons et acne).

Traitement. — *Bradyphagie. Rationnement. Suppression de la lecture après le repas. Régime végétarien. Massage et brossage du cuir chevelu.*

Résultats. — A. — *Disparition de la dermalgie ; diminution importante du prurit, de la séborrhée et du pityriasis. Diminution de la dépilation ramenée à un taux voisin de la normale.* ***Repousse.***

(Influence mauvaise de la période des chaleurs et du surmenage).

B. — Disparition de l'erythrose et des troubles digestifs, diminution de l'érythrose cruelle et de la séborrhée faciale.

12 février 1910. — Mme T... vient consulter pour la chute des cheveux.

Antécédents héréditaires. — Le père bien portant, exerçant une profession libérale, est atteint de calvitie au début.

La mère, très nerveuse, erythrosique, a fréquemment des migraines. Elle possède encore une belle chevelure.

Antécédents personnels. — Mme T... a eu, à l'âge de 18 ans, une pleurésie gauche, qui a duré quinze jours environ. Il n'a

persisté à la suite de cette pleurésie qu'un peu d'adhérence pleurale, et quelques douleurs névralgiques du côté gauche.

Mme T... a été atteinte ensuite d'anémie.

Mariée depuis dix ans, elle a deux enfants, bien portants, âgés de 8 et 3 ans.

A la suite de la dernière grossesse, ennuis matériels et moraux.

Mme T... a été obligée, depuis dix-huit mois, d'exercer la profession de masseuse.

Surmenage habituel, un peu moindre depuis quinze jours.

Mme T..., autrefois un peu obèse, a maigri depuis qu'elle est masseuse. Elle présente encore un embonpoint suffisant, et engraisse dès qu'elle est au repos. Sudation générale facile.

Mme T... est tachyphage. Elle mange en moins d'une demi-heure, vite, en causant et sans faire attention à la mastication. Elle mange beaucoup de pain et boit deux verres et demi environ d'eau rougie. Elle lit souvent après le repas. Plusieurs tasses de thé à 4 heures et après le repas du soir.

Mme T... est parfois lourde et ballonnée après le repas. Le ballonnement était plus marqué avant qu'elle n'exerçât la profession de masseuse. Depuis qu'on a attiré son attention sur ce point, Mme T... a remarqué qu'elle avait de l'érythrose post-prandiale, insoupçonnée jusqu'alors.

Narcolepsie après le repas du soir.

Pas de constipation.

I. — *Examen de l'estomac en position couchée à jeun (trois heures après le petit déjeuner).*

La paroi abdominale, infiltrée de graisse, est lâche et flasque (ptose).

Clapotage gastrique. La limite inférieure de l'estomac est à

trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La palpation et la pression forte ne sont pas douloureuses.

II. — *Examen de l'estomac en position couchée une demi-heure après un repas fait* dans les conditions ordinaires (repas tachyphagique).

(Après une course rapide, Mme T... présente une violente érythrose, plus marquée du côté gauche, avec une élévation de température en faveur de ce côté.)

La limite inférieure de l'estomac, recherchée par la percussion et le clapotage, est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A ce niveau, la pression est douloureuse. L'hyperesthésie remonte, en diminuant, jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le rein droit est mobile, avec hyperesthésie légère à la pression du flanc droit.

Séborrhée importante du visage, développée au moment de l'adolescence. Des lavages à l'eau chaude et des frictions alcooliques la firent partiellement régresser. La peau du visage est encore grasse, parsemée de comédons et de quelques boutons d'acné. Vésicules d'herpès au moment des règles.

Nervosisme et émotivité. Érythrose psychique importante. Mme T... a eu beaucoup d'ennuis, elle est plus impressionnable qu'autrefois. Elle lit et réfléchit beaucoup. (Elle lisait autrefois jusqu'à deux heures du matin.)

Quelques migraines durant une demi-journée ou une journée au plus, à intervalles éloignés, à la suite de surmenage ou d'ennuis.

Réflexes rotuliens exagérés.

Surmenage physique important depuis près de deux ans, mais intermittent. Pendant les périodes de surmenage, Mme T... se sent fatiguée, dort moins et moins bien.

Myopie légère, non corrigée.

Les règles durent quatre à cinq jours ; elles sont normales et non douloureuses. Quelques pertes blanches.

Cuir chevelu. — Mme T... avait autrefois une belle chevelure châtain, abondante et dépassant la taille.

Hyperesthésie légère du cuir chevelu à la pression et pendant la toilette.

Prurit léger et de courte durée, d'autant plus marqué que s'éloigne la date du précédent lavage de tête.

Séborrhée importante du cuir chevelu depuis quatre ou cinq ans. Mme T... est obligée de procéder à de fréquents dégraissages. Cette séborrhée, actuellement un peu moins intense, est surtout marquée au sinciput.

Hyperidrose légère.

Pellicules peu abondantes au début ; actuellement squames grasses et jaunâtres de pityriasis stéatoïde, siégeant presque exclusivement au niveau de la région occipitale.

Le cuir chevelu est empâté et peu élastique. Le plissement est difficile, l'érythrose passive modérée.

Il y a sept ou huit ans, Mme T... a fait couper sa chevelure pour l'avoir plus abondante, mais sans résultat.

Elle pratique tous les quinze jours ou trois semaines un lavage de tête à l'eau et au savon noir additionnés de carbonate de soude, suivi de séchage à l'alcool. Le lavage fait diminuer momentanément le prurit, enlève les pellicules, mais fait tomber beaucoup de cheveux le jour même et les jours suivants.

La chute des cheveux a commencé il y a environ cinq ou six ans. La repousse était alors presque équivalente. La dépilation s'est accentuée depuis trois ans, à la suite des dernières couches. Depuis un an, elle est encore plus considérable. La chute quo-

tidenne est d'une soixantaine à une centaine. Les cheveux qui tombent sont longs. Certains sont trichoptilosés.

La chevelure a diminué de longueur (les cheveux n'arrivent plus en arrière qu'au voisinage de la taille) et d'épaisseur. La région du sommet est particulièrement clairsemée. La nuque et les parties latérales du cuir chevelu ne sont pas intéressées et les cheveux y sont encore abondants.

Quelques cheveux courts au niveau des angles fronto-pariétaux et à la nuque.

Nul cheveu de repousse au sinciput.

Traitement. — Bradyphagie.

(Les soins de toilette du cuir chevelu restent les mêmes qu'auparavant.)

Jeudi 24 février 1910. — Pas de surmenage. Mme T... est moins fatiguée, dort davantage, et n'a plus de narcolepsie après le repas du soir.

Depuis six jours Mme T... s'essaie à manger lentement et à bien mastiquer. Elle met une demi-heure à prendre son repas.

Elle a mangé moins et n'a éprouvé aucun trouble digestif.

Le dernier lavage a été fait il y a deux jours. A la suite de ce dégraissage le cuir chevelu est encore un peu sec, les pellicules sont moins nombreuses.

La dépilation est un peu moins importante depuis une dizaine de jours. Elle a été, comme à l'ordinaire, plus forte le jour du lavage, mais moindre qu'autrefois à pareille date.

Quantité de cheveux recueillis :

Dimanche 20 février	0 gr. 05
Lundi 21 février	0 gr. 045
Mardi 22 février (lavage)	0 gr. 20
Mercredi 23 février	0 gr. 15

Traitement. — Rationnement (la réduction du régime obtenue à la suite de la bradyphagie sera maintenue).

Le vendredi 5 mars 1910. — Surmenage. Veilles prolongées.

La durée des repas a été portée à quarante minutes. Il n'y a plus d'érythrose post-prandiale. L'érythrose psychique et l'érythrose sous l'influence de la chaleur paraissent en diminution.

Le dernier lavage a été fait depuis une dizaine de jours.

Les démangeaisons sont beaucoup moins fortes que précédemment. Un simple attouchement suffit à les faire disparaître.

Les pellicules sont moins abondantes sur le sommet de la tête, mais aussi nombreuses en arrière.

Quantité de cheveux recueillis par jour :

Jeudi 24 février	0 gr. 1
Vendredi 25 février	0 gr. 06
Samedi 26 février	0 gr. 1
Dimanche 27 février	0 gr. 1
Lundi 28 février	0 gr. 05
Mardi 1er mars	0 gr. 06
Mercredi 2 mars	0 gr. 06
Jeudi 3 mars	0 gr. 1
Vendredi 4 mars	0 gr. 1

Traitement. — Suppression de la lecture pendant trois quarts d'heure après le repas.

30 avril 1910. — Pendant plus d'un mois, Mme T... a traversé une période de fort travail, mais sans en être incommodée.

Grippe depuis une huitaine de jours.

La bradyphagie a été suivie un peu moins exactement. Un peu de somnolence le soir.

A l'époque des dernières règles poussée d'acné un peu plus importante que les précédentes, et qui a duré une quinzaine de jours.

La dépilation est stationnaire, mais relativement faible.

Traitement. -- Régime végétarien exclusif, un demi-verre de limonade citrique au repas.

9 mai 1910. — Mme T... a suivi le régime végétarien et continue à manger moins, principalement moins de pain.

Un peu fatiguée de ce régime pendant les premiers jours, elle s'en trouve bien actuellement. Les digestions sont meilleures. Mme T... a moins de lourdeur postprandiale, elle n'a plus de narcolepsie. Elle veille plus facilement.

Ni ennuis ni surmenage.

Le dernier lavage de tête a été fait il y a dix jours. Le surlendemain, principalement aux points où reposait un chapeau lourd, (pesant au moins 300 gr.) prurit dans la région du sommet, plus intense que précédemment. Pas d'augmentation de l'hyperesthésie. Le prurit a diminué les jours suivants.

La séborrhée et le pityriasis gras paraissent en décroissance. Les cheveux sont encore clairsemés sur le sommet de la tête, on note quelques cheveux fins en repousse.

La dépilation pendant les jours qui ont suivi le lavage, a été particulièrement faible.

Samedi	30 avril :	lavage.
Dimanche	1er mai	0 gr. 03
Lundi	2 —	0 gr. 04
Mercredi	4 —	0 gr. 045
Jeudi	5 —	0 gr. 08
Samedi	7 —	0 gr. 04

Traitement: Continuation du régime végétarien.

Médication psychothérapique.

Jeudi 19 mai 1910. — Période de règles. Mme T... n'a pas eu cette fois l'éruption d'herpès, habituelle à pareille époque.

Persistance de l'amélioration digestive.

Le lavage du cuir chevelu a été fait la veille. La tête est propre et sèche. Il n'y que quelques rares pellicules.

Le prurit est très diminué, par rapport au début du traitement.

La dépilation du jour de lavage a été moins forte que lors des précédents lavages.

La dépilation quotidienne est faible.

Mme T... a compté par jour une fois 30 cheveux, et une autre fois un peu plus de 60.

Quantité de cheveux recueillis par jour:

Mardi	10	mai	0 gr. 02
Mercredi	11	—	0 gr. 04
Jeudi	12	—	0 gr. 04
Vendredi	13	—	0 gr. 05
Samedi	14	—	0 gr. 03
Dimanche	15	—	0 gr. 02
Lundi	16	—	0 gr. 06
Mercredi soir	18	(lavage)	0 gr. 17

Parmi les cheveux qui tombent, Mme T... a remarqué que plusieurs sont courts et grêles.

Repousse appréciable. Les cheveux de repousse sont solides et résistent à la traction.

Continuation du traitement.

Jeudi 26 mai 1910. — Période de fortes chaleurs.

Chagrins et émotions provoqués par un deuil récent.

Coliques et névralgies lombaires, après la période de règles.

Ni excès de travail, ni veilles.

Le régime végétarien a été régulièrement suivi.

Depuis une huitaine de jours, céphalées presque quotidiennes, siégeant au niveau du front, du sommet de la tête et des deux orbites. Les douleurs, habituellement sourdes, n'ont été très violentes qu'un seul jour.

Depuis hier, enrouement et toux légère.

Fatigue générale. Réveil d'une douleur névralgique du côté gauche du thorax, au niveau d'un ancien point pleurésique.

Mme T... a remarqué, les années précédentes, l'influence néfaste de la chaleur qui la fatigue, la rend apathique et agacée. Cet abattement est cette année moins considérable.

Examen de l'abdomen. — Hyperesthésie légère à la pression du creux épigastrique. Hyperesthésie marquée au niveau de la fosse iliaque droite et au niveau des points ovarien et appendiculaire. Hyperesthésie moindre au niveau de la fosse iliaque gauche. Le rein droit est mobile.

Le dernier lavage de tête a été fait il y a huit jours.

Prurit très diminué, encore plus faible que la semaine précédente.

La dépilation a été à peu près identique à celle de la semaine précédente. Mme T..., toute à sa douleur, n'a pas recueilli ses cheveux.

Le jeudi 9 juin. — Mme T... nous apprend qu'elle travaille l'après-midi pendant trois heures dans une atmosphère surchauf-

fée et confinée, qu'il est impossible d'aérer. Elle en est très incommodée.

Quelques coliques, moins fortes que précédemment et un peu de diarrhée.

Céphalées moins fréquentes et moins intenses. Mme T... se plaint du manque de variété du régime végétarien qu'elle suit depuis plus d'un mois. Ce régime lui paraît fade, et certains aliments, les œufs en particulier, lui inspirent du dégoût.

Depuis les chaleurs, sudation générale assez marquée. Le dernier lavage de tête a été fait il y a cinq jours, trois semaines après le précédent.

Prurit presque nul.

Le cuir chevelu est moins gras et il y a beaucoup moins de placards pityriasiques qu'au début du traitement.

La dépilation, reste faible.

Quantité de cheveux recueillis par jour :

Vendredi	27 mai	0 gr. 05
Samedi	28 mai	0 gr. 035
Dimanche	29 mai	0 gr. 05
Lundi	30 mai	0 gr. 03
Mardi	31 mai	0 gr. 03
Mercredi	1er juin	0 gr. 05
Jeudi	2 juin	0 gr. 11
Samedi	4 juin (*lavage*)	0 gr. 20
Dimanche	5 juin	0 gr. 03
Lundi	6 juin	0 gr. 056
Mercredi	8 juin	0 gr. 04

Les cheveux en repousse sont nombreux, déjà longs de 1 à 2 centimètres, et surtout abondants dans la région du sommet

et aux angles fronto-pariétaux (un peu plus à l'angle fronto-pariétal gauche).

Traitement. — Reprise partielle du régime mixte (viande, grillée ou rôtie au repas de midi)

Massage et brossage du cuir chevelu.

Le lundi 4 juillet 1910. — Depuis trois semaines, Mme T... remplit les fonctions de masseuse dans un service d'hôpital. Surmenage et fatigue. Période de fortes chaleurs.

La bradyphagie a été moins bien suivie.

Les soins du cuir chevelu, autres que les lavages de quinzaine, ont été négligés.

Quelques éléments d'acné au visage.

Prurit léger depuis deux ou trois jours.

Séborrhée et pityriasis un peu plus marqués.

Vendredi 12 août 1910. — Mme T... dit n'avoir plus le temps de se soigner avec régularité.

Statu quo.

Juillet 1911. — Mme T... est revue en bonne santé. L'amélioration de la chevelure, malgré des soins espacés et irréguliers, une hygiène imparfaite, bien que fort en progrès, s'est maintenue.

CONCLUSIONS

1° La dépilation diffuse coexiste dans la majorité des cas avec un ensemble de troubles locaux connexes, qui sont par ordre approximatif de fréquence décroissante : le prurit, le pityriasis, l'hyperesthésie objective, l'hyperesthésie subjective ou dermalgie, la séborrhée, l'hyperidrose, les crises thermiques, l'érythrose active et provoquée.

2° L'influence des microbes du cuir chevelu sur la dépilation diffuse et troubles connexes paraît nulle.

3° Il existe chez les malades atteints de dépilation diffuse un ensemble important de viciations biologiques (polyphagie, tachyphagie, polydipsie, picrophagie, alcoolisme ; surmenage de l'appareil nerveux, génital, etc...) et de troubles d'organes, les viciations étant à peu près constantes, les troubles d'organes simplement fréquents.

4° La correction convenable de ces viciations agit de manière rapide et saisissante sur les troubles viscéraux, sur l'ensemble des réactions du cuir chevelu et sur la dépilation elle-même, *sans nulle intervention locale médicamenteuse*. Cette action est évidente, même en des cas de dépilation grave et ancienne, où une chimiothérapie méthodique et prolongée s'est montrée inefficace.

5° C'est la viciation biologique et non le trouble viscéral qui est pathogène, contrairement à ce qu'admettent les dermatologues contemporains.

6° Les viciations biologiques de l'appareil digestif, les plus fréquemment observées, agissent par l'intermédiaire du *surtravail* imposé à l'estomac et à l'intestin, l'organe en surtravail projetant au cuir chevelu une *surirritation* qui actionne ses diverses fonctions et les trouble.

7° C'est la conjonction au cuir chevelu de la surirritation viscérale, avec l'irritation endo-cutanée normale et pathologique (mue pilaire, encombrement épidermique, rétention glandulaire), et avec l'irritation locale exo-cutanée (poids, chaleur, traumatisme, grattage, etc...), qui réalise au maximum les conditions dépilantes.

8° La dépilation doit, à juste titre, être rapprochée des mues pilaire et plumaire physiologiques.

9° A la correction des diverses viciations biologiques ou *biothérapie* peut et doit être associée une kinétique locale appropriée (mobilisation active du cuir chevelu, mobilisation passive ou massage, brossage), l'ensemble constituant l'application au cuir chevelu de la méthode bio-kinétique générale de L. Jacquet.

10° L'association de la chimiothérapie à la bio-kinésithérapie est toujours facile et peut être avantageuse.

Vu : le Président de la thèse
PRENANT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE (1).

1911. Apert. — La portion corticale de la surrénale. Ses relations physiologiques et pathologiques avec le cerveau et les glandes génitales. Presse méd., 28 oct. p. 865.

1896. Auburtin (G.). — Das Vorkommen von Kolbenhaaren und die Veranderungen derselben beim Haarwiedersatz. Archiv. f. Mikr. Anat., t. 47, p. 472.

1898. Audry (Ch.). — Sur les alopécies congénitales. Journal des maladies cut. et syph. t. 10, p. 6.

1904. Bérillon. — Les femmes à barbe. Revue de l'hypnotisme, nov. 1904.

1891. Besnier (E.) et Doyon (A.). — Notes de Kaposi, 2e éd., 1891.

1904. Besnier, Brocq et Jacquet. — La pratique dermatologique. Masson, Paris, 1900-1904. Art. Alopécie par Brocq T. I. Séborrhée. Séborrhéides, par Audry. T. IV.

1896. Blocq (Ad.). — Des rapports du système pileux avec la coloration de la peau. Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris, 4e sér., t. 7, p. 309, 1896.

1. On trouvera dans l'ouvrage de Friedenthal, *Beitræge zur naturgeschichte der Menschen*, tome IV, 1908, de nombreuses indications bibliographiques (1.270) ayant trait au système pileux. Nous ne donnons ici que les plus importantes et les publications récentes.

1904. Blocq et Vigier. — Recherches histologiques sur le follicule pileux et le cheveu de deux nègres décédés à Paris. Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris, page 124, 1904.

1908. Bodin. — Hygiène de la peau et du cuir chevelu.

1911. Branca. — Art. Poil, du Traité d'Anatomie Poirier-Charpy-Nicolas.

1910. Branca. — Notes sur la structure du follicule pileux. Ann. de dermat. et de syph. p. 184.

1911. Branca. — Sur la structure du poil. Journal de l'anatomie et de la physiologie.

1907. Brocq (L.). — Traité élémentaire de dermatologie pratique, t. I. Doin, Paris.

1911. Bulliard (H.). — Sur le développement de l'appareil pilo-sébacé chez le fœtus humain. Comptes rendus de l'Association des Anatomistes, 13e réunion, Paris.

1911. Bureau (L.). — L'âge des perdrix. I. La perdrix grise. Bulletin de la Société des sciences naturelles de l'Ouest de la France. Juillet.

1900. Calef. — Studio istologico e morphologico di un appendice epitheliale del pela mella pelle del mus decumanus var. albina e del sus suopha. Anatom. Anzeiger Bd. 17, p. 509.

1850. Cazenave. — Traité des maladies du cuir chevelu. Baillière, Paris.

1825. Cuvier (Frédéric). — Observations sur la structure et le développement des plumes. Mém. du Muséum d'Hist. Nat., t. 13.

1909. Darier. — Précis de dermatologie.

1889. Davies (R.). — Die Entwicklung der Feder und ihre Beziehungen zu anderen Integumentalgebilden. Morphol. Jahrbuch, Bd. 15, Heft, 4.

Delambre. — Dictionnaire des sciences médicales. Art. Alopécie, chevelure, cheveux, poils, barbes, cas rares, etc.

1910. El Guindy Mohamed. — Les eunuques, étude anatomo-physiologique et sociale. Thèse de Lyon, 1909-1910, n° 43.

1906. Ellenberger. — Handbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie des Haustiere. P. Parey, Berlin.

1877. Esoff. — Archiv. de Virchow. Bd. 69, p. 417.

1902. Fiocco et Locatelli. — Considerazioni e richerche interno all' azione del massagio sopra la cute. Giornale ital. d. malat. vener. et della pelle, fasc. 2.

1907. Fras Stephen. — La spore de Malassez, étude historique, critique et expérimentale. Th. Méd. Bordeaux, 1906-1907, n° 93.

1908. Friedenthal. — Beiträge zur Naturgeschichte der Menschen. Fischer, Iena, t. I-IV.

1565. Galien. — Galien opera omnia. Venise.

1892. Garcia S. Adeodato. — Beiträge zur Kenntniss des Haarwechsels bei menschlichen Embryonen und Neugeboren. Morphologische Arbeiten von Dr G. Schwalbe. Bd. I.

1909. Gaucher. — Maladies de la peau. Tr. de Méd. Brouardel et Gilbert.

1900. A. Gautier. — L'arsenic normal chez les animaux. Congrès de Médecine de Paris. Sect. Physiol., p. 80.

1890. Giovannini. — De la régénération des poils après l'épilation. Archiv. fur mikrosk. Anatomie. Bd. 30, S. 528.

1910. Guelpa. — Canitie et calvitie. Bullet. et mém. de la Société de Médecine de Paris. Février.

1900. Hallopeau et Leredde. — Dermatologie.

1874. Hebra (F). — Traité des maladies de la peau. *Trad. Doyon.* Masson, Paris.

1908. Hertwig. — Traité d'Embryologie comparée des vertébrés. *Trad. Mercier.*

1798. Hippocrate. — Coaques. *Trad. Lefebvre de Villebrune.*

1911. Iragüe (Mlle). — Les artères du cuir chevelu. *Comptes rendus de l'Association des Anatomistes. 13e Réunion.* Paris.

1900. L. Jacquet. — Nature et traitement de la pelade, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 4e série.

1904. — Article Troubles de la sensibilité. Pratique dermatologique, t. IV.

1905. Jacquet. — Syndrome cutané d'origine gastro-intestinale. Bulletin de la Société des hôpitaux, 14 avril.

1905. Jacquet et Rondeau. — Le vernix caseosa, l'hérédo-séborrhée et l'acné fœtales. Ann. de Derm. et de Syph. Janvier.

1905. Jacquet. — Hygiène de la peau et de la chevelure. Conférence à la Société de l'Internat, 28 décembre.

1907. Jacquet et Cramer. Essai sur les réactions organiques d'origine gingivo-dentaire. Comptes rendus du premier Congrès français de Stomatologie, 1907, p. 67.

1911. Jacquet. — La chevelure et son hygiène. L'Hygiène. Février et octobre.

1912. — Sur l'hérédo-séborrhée. Festchrift de Lesser.

1891. Kaposi Moriz. — Pathologie et traitement des maladies de la peau. *Trad. E. Besnier et A. Doyon*, 2e édit., t. II. Masson, Paris.

1895. Keibel et Elze. — Ontogenie et phylogenie, von Haar und Feder. *Anat. Hefte, 2 Abteilung.*

1908. — Normentafel (Mensch).

1910. Keibel et Mall. — Manuel d'embryologie humaine.

1880. Kölliker. — Embryologie, trad. franç.

1889. — Handbuch der Geweblehre des Menschen. Leipzig.

1907. Kollmann (J.). — Handatlas der Entwicklungs geschichte der Menschen. *Zweiter Teil, Fischer.* Iena.

1886. Klee. — Bau und Entwicklung der Feder. Hallesche Zeitschrift für Naturwissensch. Bd. 59.

1910. Lambert (Mlle) et V. Balthazard. — Le poil de l'homme et des animaux. *Steinheil*, Paris.

1903. Ledouble et Houssaye. — Canitie et pilosisme. *Gazette médicale du Centre.*

1909. Ledouble et Houssaye. — Les velus. *Gazette médicale du Centre.*

1904. Lesser (E.). — Hautkrankheiten. Vogel. Leipzig.

1911. L. Levi et H. de Rothschild. — Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines, IIe série. Doin, Paris.

1903. Loisel. — La sexualité. Revue scientifique.
1905. — Etude sur l'hérédité de la coloration du plumage chez les pigeons voyageurs. C. R. de la Soc. de Biol., 11 mars.
1906. — Relations entre les phénomènes du rut, de la lactation, de la mue et de l'amour maternel chez une chienne hybride. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. 60.
1892. Maurer (F.). — Hautsinnesorgane, Feder und Haaranlagen und deren gegenseitige Beziehungen. *Morphologische Jahrbuch*, Bd. 18, S. 717.
1905. Mracek (Vienne). — Atlas manuel des maladies de la peau, 2e édit. franç. de L. Hudelo et Rubens-Duval.
Oppel (A.). — Lehrbuch der vergleichenden mikroskopischen, Anat. der Wirbeltiere.
1907. Oshima (T.). — Die Beziehungen des Wollhaares des Neugehoren zu den Haaren des Erwachsen. *Arch. fur d. ges. Phys.*, Bd. 117.
1904. Oyama (R.). — Entwicklungsgeschichte der Deckhaares der weissen Maus. *Anat. Hefte*, t. XXIII, p. 585.
1575. Paré (A.). — Œuvres en 16 livres, chez Gabriel Buon.
1893. Perrier (R.). — Anatomie comparée.
1903. Perrin de la Touche. — *Bullet. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, p. 622.
1899. Petit (Mme). — Séborrhée grasse de Sabouraud. Thèse de Paris, 1898-1899.
1866. Pincus (J.). — Zur diagnose der ersten stadiums der Alopecie. Virchows Archiv., Bd. 37, S. 18.
1867. — Das zweite stadium der Alopecia pytirodes. Virchows Archiv. Bd. 41. S. 322.
1905. Pincus (Félix). — Uber Hautsinnesorgane neben dem menschlichen Haar (Haarscheiben) und ihre vergleichend anatomische Bedentung. Archiv für mikrosk. Anat. Bd. 68, H. 1, p. 121.
1903. Pittard (E.). — Les Skoptzys. Bulletin de la Société des sciences de Bucharest.
1911. — Académie des Sciences, 4 juin.

1911. Prenant, Bouin, Maillard. — *Traité d'histologie*, t. II. Masson, Paris.

1889. Ranvier. — Traité technique d'Histologie.

1898. — Histologie de la peau. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences de Paris*, t. 128, p. 67.

1899. Renaut. — *Traité pratique d'histologie*, t. II.

1886. Retterer. — Art. pileux. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

1894. — Premiers phénomènes du développement des poils du cheval. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. 6, p. 9.

1909. — Structures du poil. *Soc. Biologie*, p. 1078.

1908. — Variations évolutives de la moelle pileuse. *C. R. Soc. Biologie*, 27 juin, p. 1131.

1903. Richon et Jeandelize. — Effet de la castration et de la thyroïdectomie combinées chez le jeune lapin. C. R. de la Soc. de Biol.

1905. — Thyroïdectomie et gestation. C. R. de la Soc. de Biolog., 9 janvier.

1909. Rousseau-Decelle. — Sur la pelade d'origine dentaire. Bullet. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 15 janv.

Sabouraud. — Uber den Ursprung der Alopecie. Archiv. fur Dermatologie und Syphilis. Bd. 37, S. 257.

1896. — Étude clinique et expérimentale sur les origines de la pelade. Ann. de dermat., 1896.

1897. — Discussion sur la séborrhée et les alopécies. Ann. de Dermat. et de Syph. Séance du 3 juin.

1902. — Les maladies séborrhéiques. Séborrhée, acnés, calvitie. Masson, Paris.

1904. — Les maladies desquamatives. Pityriasis et alopécies pelliculaires. Masson, Paris.

— Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire. Ann. de Dermat., t. 8, n° 3.

1906. — Le sulfure de carbone saturé de soufre dans le traitement de la séborrhée fluente. La Clinique, 21 septembre.

1907. Sabouraud. — A propos du traitement des alopécies infectieuses, 2 août.

1907. — Sur les alopécies spontanées de la femme. *La Clinique*, 19 avril.

1910. — Quelques mots sur l'étiologie de la calvitie masculine. *Ibid.*, 18 mars.

1910. — Hypothèses actuelles concernant l'étiologie générale des états séborrhéiques. *Ibid.*, 2 septembre.

1910. — Considérations pratiques à propos des maladies du cuir chevelu. *Ibid.*, 16 décembre.

1912. — Hygiène du cuir chevelu dans l'enfance et dans l'adolescence. Vuiberl, Paris.

1893. Schwalbe. — Uber den Haarwechsel beim Menschen. *Anat. Anzeiger. Bd. 8. Supplementheft.*

1895. — Entehung der Haarkleides bei den Saügethieren. Ber. der Naturw. med. Vereins in Strassburg i E. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 3.

1890. Sébastien. — De la régénération des poils après l'épilation. *Arch. f. mikr. Anatomie.* Bd. 36. H. 4.

1911. Spillmann (L.) et Bruntz (L.). — Sur les processus pathologiques aboutissant à la calvitie. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences.*

1893. Stieda. — Uber das Haarwechsel beim Menschen. Verhandl. *Anat. Gesellsch.*

1910. — Untersuchungen über die Haare des Menschen : 1, der Haarwechsel, 2, das Haarpigment und das Ergrauen. *Anat. Hefte.* Bd. 40, H. 121, p. 287-364.

1904. Stœhr. — Histologie, 3e édit. franc.

1903. — Entwicklungsgeschichte des menschlichen Wollhaares. *Anat. Hefte.*, 23 H. S. I.

1903. — Uber die Entiwcklung der glashaut des menschlichen Haarbalges. *Verhand. d. anat. Gesell.*, t. 17, p. 24.

1873. Studer. — Die Entwicklung der Feder. *Inaug. Diss. Bern.*

1878. — Beitræge für Entwicklungsgeschichte der Feder. *Zeitschrift für Wissenschaftl. Zoologie.* Bd. 30.

1910. Thibierge. — Traité de Médecine, 2 éd.

1908. Unna (P.-G.). — Thérapeutique des maladies de la peau. Trad. A. Doyon et P. Spillmann.

1901. Veneziani. — Contributo allo studio del cambio dei capelli nell' uomo. *Giornale ital. del. malat. ven. e del. pelle.*, fasc. 5, p. 582.

1904. Vigier (P.). — Mécanisme histologique de la frisure des productions pileuses. *Comptes rendus de l'Association des Anatomistes*, p. 176.

1884. Waldeyer. — Atlas der meuschlichen und tierischen Haare sowie der ähnlichen Fasergebilde.

1902. Wolhauer. — Entwicklung des Embryonalgefieders von Eudyptes chrysocoma. *Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie*. Bd. 4.

1911. Zambacho pacha. — Les eunuques d'hier et ceux d'aujourd'hui. Masson et Cie. Paris.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I. — *Historique* 10

CHAPITRE II. — *Étude clinique.*

1. — Point de départ et méthode de recherches. 36

2. — Exposé clinique général. 60

CHAPITRE III. — *Symptomatologie.*

A. — Symptomatique locale. 63

1° Dépilation 63

2° Modifications dans la consistance 92

3° Modifications dans la circulation. 93

4° Troubles de la sensibilité 97

5° Troubles sécrétoires 100

6° Troubles de kératinisation 103

B. — Symptomatique générale 104

Viciations et troubles fonctionnels de l'appareil digestif 107

Viciations et troubles fonctionnels de l'appareil génital 110

Viciations et troubles fonctionels du système nerveux 111

Troubles fonctionnels divers 114

CHAPITRE IV. — *Essai de thérapeutique bio-kinétique. Biothérapie* 120

Biothérapie de l'appareil digestif. 121

Biothérapie de l'appareil génital 126

Biothérapie du système nerveux 127

Traitements annexes 129
Kinésithérapie 131
a) Mobilisation active, gymnastique du cuir chevelu. 133
b) Massage du cuir chevelu 135
Brossage du cuir chevelu 141
Chimiothérapie 144
Lavages du cuir chevelu 145
Résultats.
I. — Locaux. a) Sur la dépilation 150
b) Sur les symptômes connexes . . 151
II. — Généraux. 158
Chapitre V.
I. Essai doctrinal sur la dépilation diffuse 163
II. Recherches complémentaires
Remplacement du poil chez le fœtus humain . 172
Remplacement des remiges. 180
Observations 189
Conclusions 383
Bibliographie. 385

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN